



Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2003

Cuestionario de Características Socioeconómicas de los Hogares

FOLIO DE CUESTIONARIO

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____

LOCALIDAD _____

CLAVE DE AGEB -

MANZANA

ESTRATO

NÚMERO DE UPM

CIUDAD

3. FOLIO DE LA VIVIENDA

4. CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO PROGRESIVO
DE VIVIENDA -

HOGAR DE
DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO DE
DEL HOGAR

5. CONTROL DE PAQUETE

FOLIO DE PAQUETE -

CONSECUTIVO DEL CUESTIONARIO
EN EL PAQUETE -

2. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM.)

NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL) CÓDIGO POSTAL

6. RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____	_____	_____
FECHA (dd mm aa)	_____	_____	_____
RESULTADO (*)	_____	_____	_____
HORA DE INICIO	_____	_____	_____
HORA DE TÉRMINO	_____	_____	_____

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| 01 ENTREVISTA COMPLETA | 05 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 08 VIVIENDA DE USO TEMPORAL |
| 02 ENTREVISTA INCOMPLETA | 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | 09 NO HABLA ESPAÑOL |
| 03 INFORMANTE INADECUADO | 07 VIVIENDA DESHABITADA | 10 NO ES VIVIENDA |
| 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | | 11 VIVIENDA NO LOCALIZADA |
| | | 12 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

7. CLASE DE VIVIENDA

POR OBSERVACIÓN, CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- CASA 1
- DEPARTAMENTO 2
- CUARTO(S) 3
- OTRO (ESPECIFIQUE) 4

8. SUJETOS DE ESTUDIO

SUJETOS DE ESTUDIO	CLAVE DE RESIDENTE	RESULTADO DE LA VISITA
ADOLESCENTE DE 10 A 21 AÑOS	_____	_____
ADOLESCENTE DE 10 A 21 AÑOS	_____	_____
ADOLESCENTE DE 10 A 21 AÑOS	_____	_____
MUJER DE 15 A 49 AÑOS	_____	_____
MUJER DE 15 A 49 AÑOS	_____	_____
MUJER DE 15 A 49 AÑOS	_____	_____

PRESENTACIÓN

Buenos días (tardes), mi nombre es _____ y trabajo para el Instituto Nacional de Salud Pública. Estamos visitando los hogares para platicar sobre su salud, educación, alimentación y algunos temas relacionados con estos aspectos. La información que usted nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar los programas sociales y de salud. ¿Está usted de acuerdo en contestar este cuestionario?

Firma del entrevistado certificando que aceptó contestar _____

I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1.1 PISO

¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?

Tierra 1
Cemento o firme 2
Mosaico madera u otros
recubrimientos 3

1.2 TECHO

¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda?

Cartón, hule, tela, llantas 1
Palma, bambú 2
Asbesto o tablarroca 3
Adobe 4
Madera 5
Concreto, piedra o cemento, ladrillo, block 6
Otros materiales 7

1.3 PAREDES

¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de esta vivienda?

Cartón, hule, tela, llantas 1
Palma, bambú 2
Asbesto o tablarroca 3
Adobe 4
Madera 5
Concreto, piedra o cemento, ladrillo, block 6
Otros materiales 7

1.4 CUARTOS DORMITORIO

¿Cuántos cuartos se usan para dormir sin contar pasillos?

CUARTOS DORMITORIO | | |

1.5 NÚMERO DE CUARTOS

Sin contar pasillos, baños ni cocina, ¿cuántos cuartos tiene en total esta vivienda?

TOTAL DE CUARTOS | | |

I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1.6 COCINA

¿Las personas de este hogar preparan los alimentos:

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

- en un cuarto que se usa sólo para cocinar? 1
- en un cuarto que se usa también para dormir? 2
- en una sala-comedor con fregadero? 3
- en una sala-comedor sin fregadero? 4

1.7 COCINA EXCLUSIVA

¿La cocina o sitio para preparar los alimentos es:

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

- de uso exclusivo de las personas del hogar? 1
- compartida con personas de otros hogares? 2

1.8 AGUA ENTUBADA

¿Llega el agua entubada al terreno?

- SÍ 1
- NO 2 →

PASE A
1.10

1.9 AGUA ENTUBADA

¿Llega el agua entubada al interior de la vivienda?

- SÍ 1
- NO 2

PASE A
1.11

1.10 OBTENCIÓN DE AGUA

¿De dónde toman el agua para preparar los alimentos?

- Agua por pipa del servicio público 1
- Agua por pipa del servicio particular 2
- Pozo 3
- Agua por acarreo 4
- Otro 5

1.11 TRATAMIENTO DE AGUA

¿Qué tratamiento le hacen al agua que usan para beber?

CIRCULE HASTA DOS CÓDIGOS

- La usan tal como la obtienen 1
- La hierven 2
- Le echan cloro 3
- Utilizan filtros 4
- Compran agua embotellada o en garrafones 5
- Le agregan plata coloidal 6
- Usan otro desinfectante 7
- NO SABE 9

1.12 SERVICIO SANITARIO

¿Esta vivienda tiene:

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

- excusado o sanitario? 1
- letrina o retrete? 2
- fosa? 3
- hoyo negro o pozo ciego? 4
- ¿No tienen servicio sanitario (hacen en el suelo, corral, establo, playa, etcétera)? 5 →

PASE A
1.14

I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1.13 CONEXIÓN DE AGUA

¿Tiene el(la) (NOMBRE DEL SERVICIO SANITARIO DE 1.12) conexión de agua?

SÍ 1
NO 2

1.14 DRENAJE

¿La vivienda cuenta con desagüe de aguas sucias?

SÍ 1
NO 2

1.15 COMBUSTIBLE PARA COCINAR

¿El combustible que más usan para cocinar es:

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

electricidad? 1
carbón? 2
petróleo o gasolina? 3
leña? 4
gas? 5
otro? 6

1.16 ELIMINACIÓN DE BASURA

¿La basura de esta vivienda:

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

la tiran al río? 1
la tiran en un basurero público? 2
la tiran en un terreno baldío o en la calle? 3
la queman? 4
la entierran? 5
utilizan el servicio de recolección público? 6

1.17 TENENCIA

¿Esta vivienda es:

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

de alguna persona que vive en este hogar? ... 1
rentada? 2
prestada? 3
la cuidan? 4
en otra situación? 5

1.18 USO DE VIVIENDA

¿Alguna parte o la totalidad de esta vivienda es usada en un negocio o en actividades agrícolas familiares?

SÍ 1
NO 2

II. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

2.1 NÚMERO DE PERSONAS EN LA VIVIENDA

¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda? No olvide a los niños chiquitos y a los ancianos. (Incluya también a los empleados domésticos que duermen aquí.)

TOTAL DE PERSONAS | | |

2.2 GASTO COMÚN

Las (TOTAL DE PERSONAS) personas que viven en esta vivienda, ¿comparten un mismo gasto para la comida?

SÍ 1 →
NO 2

PASE A
2.4

II. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

2.3 NÚMERO DE HOGARES

Entonces, ¿cuántos grupos de personas u hogares tienen gasto separado para la comida, contando al suyo?

NÚMERO DE HOGARES |____|

CUANDO EN LA VIVIENDA EXISTA MÁS DE UN HOGAR, APLIQUE UN CUESTIONARIO PARA CADA HOGAR A PARTIR DE LA PREGUNTA 2.4

2.4 PERMANENCIA

¿Usted piensa que van a seguir viviendo aquí durante los próximos dos años?

SÍ 1

NO 2

NO SABE 9

2.5 DIRECCIÓN DE CAMBIO DE RESIDENCIA

Si ustedes se cambiaran de vivienda, ¿a qué localidad o colonia piensan que se irían:

LEA TODAS LAS OPCIONES

a qué municipio?

a qué estado?

a qué país?

LOCALIDAD O COLONIA: _____

MUNICIPIO: _____

ESTADO: _____

PAÍS: _____

NO SABE 9

2.6 CONTACTOS CAMBIO DE RESIDENCIA

Por favor, dígame el nombre de dos personas que sabrían donde localizarlos si se llegaran a cambiar de casa.

ANOTE LOS NOMBRES Y
PARA CADA CONTACTO
PREGUNTE

¿Qué es (NOMBRE) de usted?

RELACIÓN CON EL ENTREVISTADO

PARIENTE 1

EMPLEADOR/PATRÓN 2

AMIGO/VECINO 3

¿Cuál es la dirección de (NOMBRE)?

¿Cuál es el número de teléfono de (NOMBRE)?

PRIMER CONTACTO

NOMBRE: _____

RELACIÓN CON EL ENTREVISTADO: |____|

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO: _____

SEGUNDO CONTACTO

NOMBRE: _____

RELACIÓN CON EL ENTREVISTADO: |____|

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO: _____

2.7 SELECCIÓN DE PROGRAMA

¿Este hogar fue seleccionado como beneficiario del Programa Oportunidades (Progres)?

SÍ 1

NO 2

III. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR											
CLAVE DE RESIDENTE											
3.4											
<div>EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR</div>											
↓											
CLAVE DE RESIDENTE											
<div></div>											
<div></div>											
<div></div>											
<div></div>											
<div></div>											
<div></div>											
<div></div>											
<div></div>											
<div></div>											
<div></div>											
<div></div>											

[illegible]

III. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

[illegible]

III. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

PARA TODAS LAS PERSONAS					
	IDENTIFICACIÓN DEL PADRE	IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE	DERECHO HABIENTA		
3.1	3.10	3.11	3.12		
NÚMERO DE RESIDENTE	¿Vive el padre de (NOMBRE) en este hogar?	¿Vive la madre de (NOMBRE) en este hogar?	¿Tiene (NOMBRE) derecho a servicio médico:		
			LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE HASTA 2 CÓDIGOS		
	SÍ → ¿Quién es el padre?	SÍ → ¿Quién es la madre?			
	↓	↓			
	ANOTE EL NÚMERO DE RESIDENTE DEL PADRE	ANOTE EL NÚMERO DE RESIDENTE DE LA MADRE			
	NO 98	NO 98	en el Seguro Social (IMSS)? 1		
			en el ISSSTE? 2		
			proporcionado por otras instituciones públicas o paraestatales (como Pemex, Ejército, Marina, etc.)? 3		
			en Seguro Popular? 4		
			en una clínica u hospital particular pagado por el trabajo? 5		
		en otro tipo de institución? (ESPECIFIQUE) 6			
		NOTIENE 0			
		NO SABE 9			
	NÚMERO DE RESIDENTE	NÚMERO DE RESIDENTE	CÓDIGO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE
	_____	_____	____	____	
	_____	_____	____	____	
	_____	_____	____	____	
	_____	_____	____	____	
	_____	_____	____	____	
	_____	_____	____	____	
	_____	_____	____	____	
	_____	_____	____	____	
	_____	_____	____	____	
	_____	_____	____	____	

III. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS	
ESTADO CONYUGAL	
3.13	
<p>¿Actualmente (NOMBRE):</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;"> <p>está casado(a)? 1</p> <p>vive en unión libre? 2</p> <p>es viudo(a)? 3</p> <p>está separado(a)? 4</p> <p>está divorciado(a)? 5</p> <p>está soltero(a)? 6</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A 3.15 </div> <div style="margin-top: 20px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y AL TERMINAR PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN </div> </div> </div>	
→	
ESTADO CONYUGAL	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	

III. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS		
	IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE	EDAD A LA PRIMERA UNIÓN
3.1	3.14	3.15
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	¿Vive el(la) esposo(a) o compañero(a) de (NOMBRE) en este hogar?	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando se casó o unió por primera vez?
	<div> SÍ → ¿Quién es?</div> <div> ↓</div> <div> <div>ANOTE EL NÚMERO DE RESIDENTE DE LA PAREJA</div></div> <div> NO 98</div>	<div>NOSABE 99</div> <div><div>PASE A LA SIGUIENTE PERSONA DESDE 3.13 Y AL TERMINAR PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN</div></div>
	→	←
	NÚMERO DE REGISTRO	EDAD
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

IV. SALUD

PARA TODAS LAS PERSONAS										
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS								NÚMERO DE CONSULTAS		
<p align="center">4.1</p> <p>Ahora le voy a preguntar sobre el tema de salud.</p> <p>En las últimas cuatro semanas, ¿(NOMBRE) acudió a:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE TODOS LOS SERVICIOS QUE APLIQUEN </div> <p>un hospital para consulta? 1</p> <p>una clínica o centro de salud? 2</p> <p>un consultorio o vieron a un médico particular? 3</p> <p>una farmacia para atenderse? 4</p> <p>una enfermera o asistente de salud? 5</p> <p>un homeópata, huesero, u otro médico tradicional? 6</p> <p>NINGUNA 8</p> <p>NO SABE 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> PASE A SIGUIENTE PERSONA Y AL TERMINAR PASE A 4.6 </div> <p align="center">→</p>								<p align="center">4.2</p> <p>En las últimas cuatro semanas, ¿cuántas veces (NOMBRE) acudió a atenderse en (TIPO DE SERVICIO DE 4.1)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> REFIERASE A 4.1 Y REGISTRE LOS TRES PRIMEROS DE IZQUIERDA A DERECHA </div> <p>8 O MÁS VECES 8</p> <p>NO SABE 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> PREGUNTE 4.2 A 4.5 PARA CADA SERVICIO Y AL TERMINAR PASE A LA SIGUIENTE PERSONA </div> <p align="center">→</p>		
								SERVICIO 1	SERVICIO 2	SERVICIO 3
TIPO DE SERVICIO							NO SABE	VECES	VECES	VECES
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV. SALUD

PARA TODAS LAS PERSONAS													
MEDICAMENTOS SIN COSTO							GASTO DE LA ATENCIÓN						
3.1 N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	4.3						4.4						
	¿Recibió (NOMBRE) medicamentos sin costo adicional en la(s) consulta(s) de (TIPO DE SERVICIO)?						En total, ¿cuánto dinero se pagó por esta(s) consulta(s) de (NOMBRE) sin incluir las medicinas?						
	Sí 1						\$9 998 O MÁS 9998						
	NO 2						NO PAGÓ 0						
							NO SABE 9						
—————→							—————→						
SERVICIO 1		SERVICIO 2		SERVICIO 3		SERVICIO 1		SERVICIO 2		SERVICIO 3			
SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO		
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□		
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□		
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□		
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□		
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□		
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□		
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□		
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□		
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□		

IV. SALUD

[illegible]

[illegible]


IV. SALUD

[illegible]

IV. SALUD

PARA TODOS LOS MENORES DE 6 AÑOS											
3.1 N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	RESULTADO DE PESO	ESTATURA			RESULTADO DE TALLA	RECOMENDACIÓN DE PAPILLA			ENTREGARON PAPILLA		
	4.15	4.16			4.17	4.18			4.19		
	¿Le comentó el médico o la enfermera que (NOMBRE) tenía peso normal, bajo peso o sobrepeso?	¿Midió el médico o la enfermera a (NOMBRE) en la última consulta a la que lo(a) llevaron?			¿Le comentó el médico o la enfermera que (NOMBRE) tenía estatura normal o baja estatura?	¿Le recomendó el médico o la enfermera darle papilla (Nutrisano) a (NOMBRE)?			En esta última visita, ¿les entregaron papilla (Nutrisano) para (NOMBRE)?		
	Peso normal 1	Sí 1			Estatura normal o alta 1	Sí 1			Sí 1		
	Bajo peso 2	NO 2			Baja estatura 2	NO 2			NO 2		
	Sobrepeso 3	NO SABE ... 9			No le dijo nada 3	NO SABE ... 9			NO SABE ... 9		
	No le dijo nada 4				No recuerda 4						
	No recuerda 5				NO SABE 9						
	NO SABE 9										
	<div>PASE AL SIGUIENTE NIÑO DESDE 4.12 Y AL TERMINAR CONTINUE CON 4.20</div>										
	→	→			→	→			←		
	RESULTADO	SÍ	NO	NO SABE	RESULTADO	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
	<input type="text"/>	1	2	9	<input type="text"/>	1	2	9	1	2	9

IV. SALUD

PARA TODAS LAS PERSONAS			PARA PERSONAS DE 6 AÑOS O MÁS		
QUIÉN COME PAPILLA			CONSULTA PREVENTIVA		
<p>4.20</p> <p>En los últimos 30 días, ¿alguien comió papilla (Nutrisano) en el hogar?</p> <p>NO 0</p> <p>Sí </p> <p>¿Lo comió (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: center;">↓</p>			<p>4.21</p> <p>En los últimos doce meses, ¿asistió (NOMBRE) a alguna consulta médica preventiva, es decir, sin que estuviera enfermo(a)?</p> <p>Sí 1</p> <p>NO 2</p> <p>NOSABE ... 9</p> <p style="text-align: center;">↓</p>		
SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE
1	2	9	1	2	9
1	2	9	1	2	9
1	2	9	1	2	9
1	2	9	1	2	9
1	2	9	1	2	9
1	2	9	1	2	9
1	2	9	1	2	9
1	2	9	1	2	9
1	2	9	1	2	9
1	2	9	1	2	9

[illegible]

IV. SALUD

PARA PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS						
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	USO DE MEDICAMENTO			PRUEBA DE HIPERTENSIÓN		
4.27	4.28			4.29		
¿Hace cuánto se la diagnosticaron a (NOMBRE) por primera vez?	Actualmente, ¿(NOMBRE) toma algún medicamento para controlar su presión alta (hipertensión arterial)?			¿A (NOMBRE) le tomaron la presión en los últimos 12 meses?		
MENOS DE UN AÑO 00	Sí 1 NO 2 NO SABE ... 9			Sí 1 NO 2 NO SABE ... 9		
NO SABE 99						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 4.22 Y AL TERMINAR CONTINUE CON 4.30 </div>						
→	→			←		
AÑOS	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9
_ _ _ _	1	2	9	1	2	9

IV. SALUD

PARA TODAS LAS PERSONAS				PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS		PARA PERSONAS DE 6 AÑOS O MÁS			
MORBILIDAD		ENFERMEDAD		ALIMENTACIÓN		INCAPACIDAD FÍSICA			
3.1	4.30	4.31		4.32		4.33			
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	En las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días estuvo enfermo(a) o tuvo molestias de salud (NOMBRE)?	¿De qué se enfermó (NOMBRE)?		Mientras duró la diarrea de (NOMBRE) ¿le dió:		En las últimas cuatro semanas, ¿(NOMBRE) cuántos días no ha podido realizar sus actividades cotidianas como: trabajar, ayudar a los quehaceres del hogar, ir a la escuela, cuidar a sus hijos, etc., por motivos de salud?			
	NINGUNO 00	Diarrea 1		LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE LE MENCIONE EL(LA) ENTREVISTADO(A)		NINGUNO 00			
	PASE A 4.33	Fiebre o calentura 2		suero oral? 1		NOSABE 99			
		Tos y catarro 3		comida regularmente? 2					
		Enfermedad respiratoria 4		algún medicamento? 3					
		Otro (ESPECIFIQUE) 5		leche materna? 4					
		NOSABE 9		NOSABE 9					
	PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 4.30 Y AL TERMINAR PASE A 4.33		PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 4.30 Y AL TERMINAR PASE A 4.33						
	SI LA PERSONA CON DIARREA TIENE MÁS DE 6 AÑOS, CONTÍNUE CON LA SIGUIENTE PERSONA								
	→		←		←		↓		
NÚMERO DE DÍAS		ENFERMEDAD	ESPECIFIQUE	ALIMENTACIÓN		NO SABE	NÚMERO DE DÍAS		
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _
_ _ _ _		_ _		1	2	3	4	9	_ _ _ _

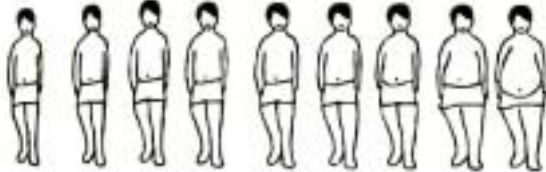

IV. SALUD

PARA PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS	
ESFUERZO PESADO	ESFUERZO MEDIO
<p>4.34</p> <p>Actualmente, ¿(NOMBRE) puede hacer actividades como correr, levantar objetos pesados, jugar fútbol, lavar ropa, cargar una cubeta con agua?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 150px;"> LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div> <p>SÍ, con facilidad 1</p> <p>SÍ, con dificultad 2</p> <p>No puede 3</p> <p>NO SABE 9</p> <p style="text-align: center;">—————></p>	<p>4.35</p> <p>Actualmente, ¿(NOMBRE) puede hacer actividades como trabajar en la huerta, barrer, levantar un bebé, caminar cinco kilómetros, etc.?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 150px;"> LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div> <p>SÍ, con facilidad 1</p> <p>SÍ, con dificultad 2</p> <p>No puede 3</p> <p>NO SABE 9</p> <p style="text-align: center;">—————></p>
CÓDIGO	CÓDIGO
_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _





IV. SALUD

PARA PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS					
ESFUERZO LIGERO		CAPACIDAD FÍSICA		CONDICIÓN FÍSICA	
3.1	4.36	4.37	4.38		
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	Actualmente, ¿(NOMBRE) puede cargar las compras del mercado o un objeto de 10 kilogramos, por 500 metros?	Actualmente, ¿(NOMBRE) se puede bañar o vestir por sí mismo?	Actualmente, ¿cuántos kilómetros puede caminar (NOMBRE) sin cansarse?		
	LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA	LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA	CONVIERTA A KILOMETROS		
	Sí, con facilidad 1	Sí, con facilidad 1	No puede caminar 0		
	Sí, con dificultad 2	Sí, con dificultad 2	NOSABE 9		
	No puede 3	No puede 3			
	NO SABE 9	NO SABE 9			
			PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 4.34 Y AL TERMINAR CONTINÚE CON 4.39		
	→	→	←		
	CÓDIGO	CÓDIGO	KILOMETROS	CÓDIGO	

IV. SALUD

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS																					
SEXO		PERCEPCIÓN SOBRE FIGURA CORPORAL																			
3.1	4.39	SÓLO HOMBRES					SÓLO MUJERES														
		4.40					4.41														
NÚMERO DE RESPUESTAS	<div>VEA PREGUNTA 3.5 Y ANOTE EL SEXO QUE CORRESPONDA A CADA MIEMBRO DEL HOGAR</div>	Marque el número debajo de la figura que sienta que más se parece a (NOMBRE)					Marque el número debajo de la figura que sienta que más se parece a (NOMBRE)														
		<div>MOSTRAR TARJETA DE HOMBRE O NIÑO, SEGÚN EL CASO</div>					<div>MOSTRAR TARJETA DE MUJER O NIÑA, SEGÚN EL CASO</div>														
																					
		→					←														
		HOMBRE	MUJER	PERCEPCIÓN					PERCEPCIÓN												
		1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

IV. SALUD

APLICAR SÓLO A LA JEFA DEL HOGAR																					
<p>4.42 EDAD PARA SUPLEMENTO O PAPILLA</p> <p>¿A partir de qué edad debe recibirse el suplemento o papilla (Nutrisano) para los niños pequeños?</p>	<p>MESES </p> <p>AÑOS </p> <p>NO SABE 99</p>																				
<p>4.43 CUANTOS MESES DEBE DARSE PECHO A NIÑOS</p> <p>¿Durante cuántos meses debe dársele pecho a un niño después de que nace?</p>	<p>MESES </p> <p>NO SABE 99</p>																				
<p>4.44 EVITAR ENFERMEDADES</p> <p>De las siguientes enfermedades, ¿cuáles pueden evitarse si se vacuna a los niños:</p>	<table><thead><tr><th></th><th>SÍ</th><th>NO</th><th>NO SABE</th></tr></thead><tbody><tr><td>a) sarampión?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>b) diabetes?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>c) tuberculosis?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr><tr><td>d) poliomielitis?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></tbody></table>		SÍ	NO	NO SABE	a) sarampión?	1	2	9	b) diabetes?	1	2	9	c) tuberculosis?	1	2	9	d) poliomielitis?	1	2	9
	SÍ	NO	NO SABE																		
a) sarampión?	1	2	9																		
b) diabetes?	1	2	9																		
c) tuberculosis?	1	2	9																		
d) poliomielitis?	1	2	9																		
<p>4.45 NIÑO CON DIARREA PUEDE COMER</p> <p>Si un niño tiene diarrea, ¿debe dársele de comer?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>																				
<p>4.46 NIÑO CON DIARREA DEBE TOMAR LÍQUIDOS</p> <p>Un niño con diarrea, ¿debe tomar más o menos líquidos que un niño sin diarrea?</p>	<p>Más 1</p> <p>Menos 2</p> <p>NO SABE 9</p>																				
<p>4.47 AUTOEXAMEN DE SENO</p> <p>¿Ha oído hablar del autoexamen de seno?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2 ➡ <div>PASE A 4.50</div></p>																				
<p>4.48 REVISIÓN MANUAL DEL AUTOEXAMEN DE SENO</p> <p>Marque el número de la figura que muestra los movimientos correctos a realizarse durante la revisión manual del autoexamen de seno.</p> <div>MOSTRAR TARJETA NÚMERO UNO</div>	<p>MÉTODO</p> <div></div> <p>1 2 3 4</p>																				

IV. SALUD

<p>4.49 EDAD PARA REALIZAR EL EXAMEN DE SENO</p> <p>¿A qué edad se debe empezar a realizar el autoexamen de seno?</p>
<p>4.50 CÁNCER DE MAMA EN MADRE O ABUELA</p> <p>¿El cáncer de mama le da con más frecuencia a las mujeres cuya madre o abuela tuvieron el mismo tipo de cáncer?</p>
<p>4.51 PRUEBA DE PAPANICOLAOU</p> <p>La prueba del Papanicolaou, ¿qué enfermedad le ayuda a detectar?</p>
<p>4.52 FRECUENCIA DE PRUEBA DE PAPANICOLAOU</p> <p>¿Con qué frecuencia debe realizarse la prueba del Papanicolaou?</p>
<p>4.53 CÁNCER CÉRVICO-UTERINO</p> <p>¿El cáncer cérvico-uterino o cáncer de cuello de la matriz lo pueden tener con mayor frecuencia las mujeres que han tenido relaciones sexuales con más de una pareja?</p>
<p>4.54 PLÁTICAS DE SALUD</p> <p>Durante el último año, ¿a cuántas pláticas de salud ha asistido usted en la clínica de salud donde se atiende?</p>
<p>4.55 SATISFACCIÓN DE PLÁTICAS DE SALUD</p> <p>Las pláticas a las que ha asistido usted, ¿qué tanto le han ayudado a mejorar su salud?</p>
<p>4.56 TIEMPO PARA PLÁTICAS DE SALUD</p> <p>¿Cuánto tiempo invierte en ir a una plática de salud?</p>
<p>4.57 GASTO EN PLÁTICAS DE SALUD</p> <p>¿Cuánto gasta usted en transporte para ir a una plática de salud?</p>
<p>4.58 QUITAR PLÁTICAS DE SALUD</p> <p>¿Recomendaría usted que las pláticas de salud se mantuvieran o se quitaran?</p>

<p>EDAD </p> <p>NO SABE 99</p>
<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>Cáncer 1</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE) 2</p> <p>NO SABE 9</p> <p>PASE A 4.53</p>
<p>Cada 6 meses 1</p> <p>Cada año 2</p> <p>Cada 2 años 3</p> <p>Cada 4 años 4</p> <p>Una vez en la vida 5</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE) 6</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>NÚMERO DE ASISTENCIAS </p> <p>NINGUNA 00</p> <p>CONTINUE CON SIGUIENTE SECCIÓN</p>
<p>Nada 0</p> <p>Poco 1</p> <p>Más o menos 2</p> <p>Bastante 3</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>HORAS </p> <p>NO SABE 9</p>
<p>MONTO </p> <p>NO SABE 9</p>
<p>Se mantuvieran 1</p> <p>Se quitaran 2</p> <p>NO SABE 9</p>

	PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS						PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS		
	ALFABETISMO		ESCOLARIDAD		ANTECEDENTE ESCOLAR	ASISTENCIA ESCOLAR ACTUAL		CAUSA DE INASISTENCIA	
NÚMERO DE RESPUESTA	3.1 5.1 Ahora le voy a preguntar sobre educación, ¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?		5.2 ¿Cuál es el último año o grado que (NOMBRE) pasó (aprobó) en la escuela? 		5.3 Para entrar a la carrera (CARRERA DE 5.2), ¿qué estudios le pidieron como requisito?	5.4 ¿(NOMBRE) actualmente asiste a la escuela?		5.5 ¿Por qué no asistió (NOMBRE) a la escuela?	
	SÍ 1	NO 2				SÍ 1	NO 2	No alcanzó el dinero 01	
								Se necesitó su ayuda en casa 02	
								Por la edad 03	
								Los padres no le dieron permiso 04	
								Por conflictos con el maestro 05	
								Lo expulsaron 06	
								No le gustó 07	
							Se enfermó 08		
							Se enfermó algún familiar 09		
							Se casó 10		
							Por la mala calidad de la escuela 11		
							Reprobó el curso 12		
							Reprobó el examen de admisión 13		
							No lo aceptaron en la escuela que quería 14		
							No quiso regresar a la escuela 15		
							NO SABE 99		
							PASE A 5.17		

V. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS			
ESCOLARIDAD ACTUAL		TIEMPO DE TRASLADO	
5.6		5.7	
¿Cuál es el año o grado que (NOMBRE) está cursando?		¿Cuánto tarda (NOMBRE) en llegar a la escuela?	
	NIVEL AÑO ESCOLAR		
Kinder	1 <input type="text"/>	NO SABE HORAS 99	
Primaria	2 <input type="text"/>	NO SABE MINUTOS 99	
Secundaria	3 <input type="text"/>		
Preparatoria o Bachillerato	4 <input type="text"/>		
Normal	5 <input type="text"/>		
Carrera técnica o Comercial	6 <input type="text"/>		
Profesional o Superior	7 <input type="text"/>		
Maestría o Doctorado	8 <input type="text"/>		
NO SABE	9 9		
→		→	
NIVEL	AÑO ESCOLAR	HORAS	MINUTOS
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS						
3.1	NOMBRE ESCUELA	CLASE DE ESCUELA		TURNOS ESCOLAR	ASISTENCIA SEMANAL ACTUAL	FALTAS ÚLTIMOS 30 DÍAS
NÚMERO DE RESPUESTAS EN TOTAL	5.8 ¿Cuál es el nombre de la escuela a la que asiste (NOMBRE)?	5.9 ¿La escuela a la que (NOMBRE) asiste es: Pública? 1 Privada? 2		5.10 ¿En qué turno asiste (NOMBRE)? Matutino (mañana) 1 Vespertino (tarde) 2 Nocturno (noche) 3	5.11 En una semana promedio, ¿cuántos días va (NOMBRE) a la escuela? NOSABE 9	5.12 ¿Cuántos días ha faltado (NOMBRE) a la escuela en los últimos 30 días? NOSABE 99
	ESCRIBA CON LETRA CLARA Y DE MOLDE					
	→					
	NOMBRE ESCUELA	PÚBLICA	PRIVADA	TURNOS	DÍAS	DÍAS
		1	2	_____	_____	_____
		1	2	_____	_____	_____
		1	2	_____	_____	_____
		1	2	_____	_____	_____
		1	2	_____	_____	_____
		1	2	_____	_____	_____
	1	2	_____	_____	_____	
	1	2	_____	_____	_____	
	1	2	_____	_____	_____	
	1	2	_____	_____	_____	
	1	2	_____	_____	_____	

V. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS			
HORAS DE ESCUELA ACTUAL	HORAS DE TAREAS ACTUAL	CONDICIÓN DE AYUDA ACTUAL	
<p>5.13</p> <p>¿Cuántas horas al día pasa (NOMBRE) en la escuela?</p> <p>NO SABE 99</p> <p>→</p>	<p>5.14</p> <p>Fuera de la escuela, ¿cuántas horas a la semana dedica (NOMBRE) a sus tareas?</p> <p>NO SABE 99</p> <p>→</p>	<p>5.15</p> <p>Normalmente, ¿alguien ayuda a (NOMBRE) a hacer sus tareas?</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A 5.17 </div> <p>→</p>	
HORAS	HORAS	SÍ	NO
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2

[illegible]

V. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS		
CALIFICACIÓN MATEMÁTICAS	CALIFICACIÓN ESPAÑOL	CLAVE DE LA SEP
<p>5.20</p> <p>¿Cuál fue la calificación final de (NOMBRE) en matemáticas?</p>	<p>5.21</p> <p>¿Cuál fue la calificación final de (NOMBRE) en español?</p>	<p>5.22</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">SOLICITE BOLETA DE CALIFICACIONES Y VERIFIQUE CALIFICACIÓN</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>NOTIENE BOLETA 99</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">SOLICITE BOLETA DE CALIFICACIONES Y VERIFIQUE CALIFICACIÓN</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>NOTIENE BOLETA 99</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PASE A 5.23</div> <p style="text-align: center;">→</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>VERIFIQUE EN LA BOLETA Y ANOTE LA CLAVE DE LA SEP QUE CORRESPONDE A LA ESCUELA DONDE ESTUDIÓ (NOMBRE). ESCRIBA CON LETRA CLARA Y DE MOLDE</p> </div> <p style="text-align: center;">→</p>
MATEMÁTICAS	ESPAÑOL	CLAVE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS								
3.1 N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	GASTO COLEGIATURAS		GASTO UNIFORMES		GASTO TRANSPORTE		GASTO PERSONAL	
	5.23		5.24		5.25		5.26	
	Para que (NOMBRE) asistiera a la escuela el año pasado, en total, ¿cuánto se pagó de colegiatura, inscripción y otras cuotas escolares?		En total, ¿cuánto se pagó para los uniformes, libros, cuadernos y otros materiales escolares de (NOMBRE)?		¿Cuánto se gastaba (NOMBRE) a la semana en transporte?		¿Cuánto le daba a (NOMBRE) para gastar en la semana?	
	\$9 998 O MÁS 9998		\$9 998 O MÁS 9998		\$9 998 O MÁS 9998		\$9 998 O MÁS 9998	
	NOPAGÓ 0		NO GASTÓ 0		NO GASTÓ 0		NO GASTÓ 0	
	NO SABE 9		NO SABE 9		NO SABE 9		NO SABE 9	
	→		→		→		→	
	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO

V. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS				
REPROBACIÓN		GRADOS ESCOLARES REPROBADOS		
5.27		5.28		
El año escolar pasado ¿reprobó (NOMBRE) el grado escolar?		¿Qué año o grado escolar reprobó (NOMBRE)?		
<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 5.29</div>		<p style="text-align: right;">NIVEL AÑO REPROBADO</p> <p>Primaria 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Secundaria 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Preparatoria o Bachillerato 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Normal 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Carrera técnica o Comercial 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Profesional o Superior 7 <input type="checkbox"/></p> <p>NORESPONDE 9 9</p>		
		<p style="text-align: right;">¿Cuántas veces ha reprobado el mismo (GRADO ESCOLAR)?</p>		
SÍ	NO	NIVEL	AÑO REPROBADO	NÚMERO DE VECES
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[illegible]

V. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS	
OCUPACIÓN EN LA ACTIVIDAD	
5.32	
En ese trabajo o actividad, ¿(NOMBRE) fue:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div>	
trabajador(a) en parcela o negocio familiar sin retribución?	01
trabajador(a) en parcela o negocio familiar con retribución?	02
artesano(a) u obrero(a)?	03
trabajador(a) de la construcción?	04
empleado(a) de apoyo administrativo?	05
empleado(a) en servicios?	06
trabajador(a) doméstico(a)?	07
vendedor(a) ambulante?	08
patrón(a) o empleador(a) de un negocio?	09
profesionista independiente?	10
trabajador(a) agrícola y ganadero(a)?	11
otro? (ESPECIFIQUE)	12
NO SABE	99
→	
OCUPACIÓN	ESPECIFIQUE
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	

V. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

	PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS
	TIEMPO DE ACTIVIDAD CON ASISTENCIA ESCOLAR
3.1	5.33
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	¿El trabajo que realizó (NOMBRE) mientras estudiaba fue:
	LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA
	durante todo el año? 1
	parte del año? 2
	sólo en vacaciones? 3
	No recuerda 4
	NO SABE 9
	PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 5.1 Y AL TERMINAR PASE A SIGUIENTE SECCIÓN
	←
	CÓDIGO
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS	
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	
6.1	
La semana pasada, ¿(NOMBRE) principalmente:	
<div>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div>	
trabajó?	1
tenía trabajo, pero no trabajó?	2
buscó trabajo?	3
es estudiante?	4
se dedica a los quehaceres de su hogar?	5
es jubilado(a) o pensionado(a)?	6
no trabajó?	7
está incapacitado(a) permanentemente para trabajar?	8
→	
CÓDIGO	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS						
VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD		VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD		VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD		
3.1	6.2	6.3		6.4		
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	Además de (CONDICIÓN 6.1), la semana pasada, ¿(NOMBRE):	En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) tuvo un trabajo o hizo alguna actividad para ayudar a su ingreso o al ingreso del hogar?		En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) ayudó a trabajar en un negocio familiar, le hayan pagado o no?		
	<div>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div>					
	vendió algunos productos (ropa, cosméticos, alimentos, etc.)? 1	Sí 1 → <div>PASE A 6.5</div>		Sí 1		
	hizo algún producto para vender (alimentos, artesanías, ropa)? 2	NO 2		NO 2		
	a cambio de un pago lavó, planchó o cosió? 3 → <div>PASE A 6.5</div>			→ <div>PASE A 6.20</div>		
	ayudó a trabajar en algún negocio, en las actividades agrícolas o en la cría de animales? 4					
	realizó otro tipo de trabajo (actividad) le hayan pagado o no? 5					
	no trabajó? 6					
	→		→		→	
	CÓDIGO		SÍ	NO	SÍ	NO
	<input type="text"/>	1	2	1	2	
	<input type="text"/>	1	2	1	2	
	<input type="text"/>	1	2	1	2	
	<input type="text"/>	1	2	1	2	
	<input type="text"/>	1	2	1	2	
	<input type="text"/>	1	2	1	2	
	<input type="text"/>	1	2	1	2	
	<input type="text"/>	1	2	1	2	
	<input type="text"/>	1	2	1	2	
	<input type="text"/>	1	2	1	2	

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

[illegible]

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS				
OCUPACIÓN EN EL TRABAJO ACTUAL		SITUACIÓN EN EL TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	
3.1	6.6		6.7	6.8
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	En este trabajo o actividad, ¿(NOMBRE) es (era):		¿(NOMBRE) en este trabajo es o fue:	
	LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA		LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA	
	trabajador(a) en parcela o negocio familiar sin retribución? 01		empleado(a) u obrero(a)? 1	
	trabajador(a) en parcela o negocio familiar con retribución? 02		jornalero(a) o peón? 2	
	artesano(a) u obrero(a)? 03		patrón(a)? (contrata trabajadores) ... 3	
	trabajador(a) de la construcción? 04		trabajador(a) por su cuenta? 4	
	empleado(a) de apoyo administrativo? 05		trabajador(a) sin pago en el negocio o predio familiar? 5	
	empleado(a) en servicios? 06			
	trabajador(a) doméstico(a)? 07			
	vendedor(a) ambulante? 08			
patrón(a) o empleador(a) de un negocio? 09				
profesionista independiente? 10				
trabajador(a) agrícola y ganadero(a)? 11				
otro? (ESPECIFIQUE) 12				
NO SABE 99				
—————>		—————>		
	OCUPACIÓN	ESPECIFIQUE	SITUACIÓN	LUGAR DE TRABAJO
	_ _ _ _		_ _ _	_____
	_ _ _ _		_ _ _	_____
	_ _ _ _		_ _ _	_____
	_ _ _ _		_ _ _	_____
	_ _ _ _		_ _ _	_____
	_ _ _ _		_ _ _	_____
	_ _ _ _		_ _ _	_____
	_ _ _ _		_ _ _	_____
	_ _ _ _		_ _ _	_____
	_ _ _ _		_ _ _	_____

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

[illegible]

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS								
HORAS TRABAJADAS		TIEMPO TRABAJADO		PRESTACIONES			TRABAJO SECUNDARIO	
3.1	6.11	6.12		6.13			6.14	
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	En este trabajo, ¿cuántas horas a la semana trabaja (trabajaba) (NOMBRE)?	En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) cuántas semanas o meses trabajó o hizo esta actividad para ayudar a su ingreso o al de su hogar?		¿(NOMBRE) recibe (recibía) por su trabajo o actividad principal:			Además de su trabajo o actividad principal, en los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) tuvo (tiene) otro trabajo o actividad que ayudara a su ingreso o al de su hogar?	
	NOSABE 99	NO SABE 99		<div>LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div>				
		<div>ANOTE EN CAMPO DE SEMANAS</div>		participación de utilidades? 1			Sí 1	
				IMSS/ISSSTE? 2			NO 2	
				SAR (sistema de ahorro para el retiro)? 3				
				seguro médico particular o seguro de salud? 4				
				TODAS LAS ANTERIORES ... 5				
				NINGUNA 0			<div>PASE A 6.19</div>	
				NOSABE 9				
	HORAS	SEMANAS	MESES	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	SÍ	NO
							1	2
							1	2
							1	2
							1	2
							1	2
							1	2
							1	2
							1	2
							1	2

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS	
OCUPACIÓN EN EL TRABAJO SECUNDARIO	
6.15	
En este trabajo o actividad, (NOMBRE) ¿es (era):	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div>	
trabajador(a) en parcela o negocio familiar sin retribución?	01 →
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> PASE A 6.17 </div>	
trabajador(a) en parcela o negocio familiar con retribución?	02
artesano(a) u obrero(a)?	03
trabajador(a) de la construcción?	04
empleado(a) de apoyo administrativo?	05
empleado(a) en servicios?	06
trabajador(a) doméstico(a)?	07
vendedor(a) ambulante?	08
patrón(a) o empleador(a) de un negocio?	09
profesionista independiente?	10
trabajador(a) agrícola y ganadero(a)?	11
otro? (ESPECIFIQUE)	12
NO SABE	99
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 24px;">→</div> </div>	
OCUPACIÓN	ESPECIFIQUE
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS							
INGRESOS POR TRABAJO SECUNDARIO		HORAS TRABAJADAS	TIEMPO TRABAJADO		AGUINALDO		
3.1	6.16		6.17	6.18		6.19	
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	¿Cuánto gana (ganaba) (NOMBRE) en este trabajo, no incluya el aguinaldo?		En este trabajo, ¿cuántas horas a la semana trabaja (trabajaba) (NOMBRE)?	En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) cuántas semanas o meses trabajó o hizo esta actividad para ayudar a su ingreso o al de su hogar?		En los últimos 12 meses, ¿cuánto recibió (NOMBRE) de aguinaldo en total (por su trabajo principal y secundario)?	
	\$99 998 O MÁS 99998					\$99 998 O MÁS 99998	
	NORECIBE (RECIBÍA) INGRESOS 0		NOSABE ... 99	NOSABE 99		NORECIBIÓ AGUINALDO 0	
	NO SABE 9					NO SABE 9	
	ANOTE EN CAMPO DE PERIODO					ANOTE EN CAMPO DE SEMANAS	
	PERIODO:						
	DÍA 1						
	SEMANA 2						
	QUINCENA 3						
	MES 4						
AÑO 5							
	→		→	→		→	
	INGRESOS	PERIODO	HORAS	SEMANAS	MESES	MONTO	CÓDIGO
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS			
OTROS INGRESOS			
6.20			
Además de los ingresos por su(s) trabajo(s) antes mencionados, ¿cuánto recibió (NOMBRE) por (FUENTE) en los últimos 12 meses y con qué frecuencia lo recibió?			
<div>SUSTITUYA (FUENTE) POR CADA UNO DE LOS INCISOS DE ABAJO (A-E)</div>			
\$99 998 O MÁS		99998	
No recibe ese tipo de ingresos		0	→ ANOTE EN CAMPO PERIODO
NO SABE		9	
<div>↓</div>			
A) OTRO TRABAJO O ACTIVIDADES QUE NO SE HAYAN REGISTRADO ANTES.		B) RETIRO, JUBILACIÓN O PENSIÓN POR VEJEZ. LIQUIDACIÓN O INDEMNIZACIÓN LABORAL POR ACCIDENTE. PENSIÓN ALIMENTICIA, INVALIDEZ O VIUDEZ.	
MONTO	PERIODO	MONTO	PERIODO
_____	__	_____	__
_____	__	_____	__
_____	__	_____	__
_____	__	_____	__
_____	__	_____	__
_____	__	_____	__
_____	__	_____	__
_____	__	_____	__
_____	__	_____	__
_____	__	_____	__

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

	PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS						
	OTROS INGRESOS						CUIDADO DE LA CASA
3.1	6.20						6.21
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	<p>PERIODO:</p> <p>DÍA 1</p> <p>SEMANA 2</p> <p>QUINCENA 3</p> <p>MES 4</p> <p>AÑO 5</p> <p>→</p>						<p>La semana pasada, en total, ¿cuántas horas dedicó (NOMBRE) a la limpieza de la casa (lavar trastes, barrer, lavar ropa, planchar, etc.)?</p> <p>MENOS DE UNA HORA 00</p> <p>NO HIZO LA ACTIVIDAD ... 98</p> <p>NO SABE 99</p>
	C) VENTA/RENTA DE ACTIVOS DE SU PROPIEDAD (CASA, CARRO, APARATOS ELECTRODOMÉSTICOS, TRACTOR, YUNTA, ETC.).		D) OTRO MOTIVO QUE NO SEA SU TRABAJO, COMO HERENCIAS O JUEGOS DE AZAR.		E) REGALOS, DONACIONES, ENVÍOS DE DINERO O AYUDAS GUBERNAMENTALES.		→
	MONTO	PERIODO	MONTO	PERIODO	MONTO	PERIODO	HORAS
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
_____	__	_____	__	_____	__	_____	

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS		
CUIDADO DE LOS NIÑOS	PREPARACIÓN DE ALIMENTOS	COMPRAS PARA LA CASA
6.22	6.23	6.24
La semana pasada, en total, ¿cuántas horas dedicó (NOMBRE) al cuidado de los niños (ayuda en tareas, cuidados, acompañarlos a la escuela, bañarlos, etc.)?	La semana pasada, en total, ¿cuántas horas dedicó (NOMBRE) a la preparación de alimentos (desayuno, comida, cena)?	La semana pasada, en total, ¿cuántas horas dedicó (NOMBRE) a ir al mercado, a la tienda, etc.?
MENOS DE UNA HORA 00	MENOS DE UNA HORA 00	MENOS DE UNA HORA 00
NO HIZO LA ACTIVIDAD ... 98	NO HIZO LA ACTIVIDAD ... 98	NO HIZO LA ACTIVIDAD ... 98
NO SABE 99	NO SABE 99	NO SABE 99
→	→	→
HORAS	HORAS	HORAS
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _

VI. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

[illegible]

VII. PRÉSTAMOS EN EL HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

7.1

Actualmente, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, debe dinero?

SÍ 1

NO 2

NO SABE 9

PASE A SIGUIENTE SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN

7.2

Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que deben dinero

↓

NOMBRE

7.3

EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR

→

CLAVE DE RESIDENTE

VII. PRÉSTAMOS EN EL HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

7.4

¿El préstamo fue solicitado en los últimos 12 meses?

SÍ 1

NO 2

PASE A 7.8

←

→

7.5

¿(NOMBRE) lo solicitó:

LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE HASTA 3 CÓDIGOS

a una caja de ahorro? 1

a un programa de gobierno? 2

está en una tanda? 3

a un prestamista? 4

a un familiar o amigo? 5

otro? (ESPECIFIQUE) 6

NO SABE 9 →

ANOTE EN PRIMER CÓDIGO

→

SÍ	NO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	ESPECIFIQUE
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	
1	2	<div></div>		<div></div>		<div></div>	

VII. PRÉSTAMOS EN EL HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

PRÉSTAMOS SOLICITADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES						DEUDA ACTUAL			
7.6						7.7		7.8	
En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero solicitó (NOMBRE)?						¿Cuánto dinero le prestaron en total a (NOMBRE)?		CONSIDERANDO TODOS LOS PRÉSTAMOS DE LOS AÑOS ANTERIORES	
Actualmente, ¿cuánto dinero debe en total (NOMBRE)?									
\$99 998 O MÁS 99998						\$99 998 O MÁS 99998		\$99 998 O MÁS 99998	
NO SABE 9						NADA 0		NADA 0	
						NO SABE 9		NO SABE 9	
<div>→</div>						<div>→</div>		<div>←</div>	
PRÉSTAMO1		PRÉSTAMO2		PRÉSTAMO3					
MONTO	NO SABE	MONTO	NO SABE	MONTO	NO SABE	MONTO	NO SABE	MONTO	NO SABE
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9
<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9	<div></div>	9

VIII. CUENTAS BANCARIAS EN EL HOGAR

8.1

En los últimos 12 meses, alguna persona que vive aquí, en este hogar, ¿tenía alguna cuenta de banco?

SÍ 1

NO 2

NOSABE 9

→

PASE A
SIGUIENTE
SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN

8.2

Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que tenían cuenta de banco.

↓

NOMBRE

8.3

EXCLUSIVO PARA
USO DEL
VALIDADOR

←

CLAVE DE RESIDENTE

	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>

53

IX. AHORRO PASADO DEL HOGAR

9.1

En los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ahorró algún dinero?

SÍ 1

NO 2

NO SABE 9

PASE A SIGUIENTE SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN		AHORRO PASADO	
<div>9.2</div> <div>Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que ahorraron algún dinero.</div> <div></div> <div>↓</div>	<div>9.3</div> <div>EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR</div> <div></div> <div>↓</div>	<div>9.4</div> <div>En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero ahorró (NOMBRE)?</div> <div>\$ 99 998</div> <div>O MÁS 99998</div> <div>NO SABE ... 9</div> <div></div> <div>←</div>	
NOMBRE	CLAVE DE RESIDENTE	MONTO	NO SABE
			9
			9
			9
			9
			9
			9
			9
			9
			9
			9

X. AHORRO ACTUAL DEL HOGAR

10.1

Actualmente, alguna persona que vive aquí, en este hogar, ¿tiene dinero ahorrado?

- SÍ 1
- NO 2
- NO SABE 9

PASE A
SIGUIENTE
SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN

10.2

Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que actualmente tienen dinero ahorrado.

10.3

EXCLUSIVO PARA
USO DEL
VALIDADOR



NOMBRE



CLAVE DE RESIDENTE

X. AHORRO ACTUAL DEL HOGAR

AHORRO ACTUAL

10.4

¿Actualmente, cuánto tiene (NOMBRE) ahorrado en:

LEA TODAS LAS OPCIONES Y
PARA CADA PERSONA ANOTE
HASTA TRES CÓDIGOS

- cuenta de banco? 1
- caja de ahorro? 2
- bonos del ahorro nacional (BANSEFI)? 3
- tandas? 4
- otro? (ESPECIFIQUE) 5
- NOSABE 9 →
- \$99 998 O MÁS 99998

ANOTE EN
PRIMER
CÓDIGO



CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	ESPECIFIQUE
_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	
_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	
_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	
_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	
_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	
_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	
_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	
_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	
_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	

XI. TRANSFERENCIAS MONETARIAS DESDE EL HOGAR

11.1

Y hablando de otro tema. Por favor, dígame usted:
en los últimos 12 meses, ¿alguna persona que
vive aquí, en este hogar, ha regalado o enviado
dinero a algún pariente, vecino o amigo que no
viva en esta vivienda?

- SÍ 1

NO 2

NO SABE 9

PASE A
SIGUIENTE
SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN		FECHA DE ENVÍO	
<div>11.2</div> <div>Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que han regalado o enviado dinero en los últimos 12 meses.</div> <div>↓</div> <div>NOMBRE</div>	<div>11.3</div> <div>EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR</div> <div>→</div> <div>CLAVE DE RESIDENTE</div>	<div>11.4</div> <div>¿En qué mes y año envió o regaló (NOMBRE) dinero la última vez?</div> <div>NO SABE MES 99</div> <div>NO SABE AÑO ... 99</div> <div>→</div> <div>MES</div> <div>AÑO</div>	

XI. TRANSFERENCIAS MONETARIAS DESDE EL HOGAR

DESTINO DE APOYO MONETARIO	CANTIDAD ENVIADA	
11.5	11.6	
¿(NOMBRE) envió dinero:	En los últimos 12 meses, en total, ¿cuánto dinero ha enviado o regalado (NOMBRE)?	
<div>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div>		
dentro del mismo municipio? 1	\$99 998	
dentro del mismo estado? 2	O MÁS 99998	
hacia algún estado del país? 3	NO SABE 9	
hacia Estados Unidos? 4		
hacia Canadá? 5		
hacia otro país? 6		
NO SABE 9		
	<div>PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 11.4 Y AL TERMINAR PASE A SIGUIENTE SECCIÓN</div>	
→	←	
DESTINO DE APOYO MONETARIO	MONTO	NO SABE
		9
		9
		9
		9
		9
		9
		9
		9
		9
		9

XII. TRANSFERENCIAS EN ESPECIE DESDE EL HOGAR

12.1

En los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha enviado regalos, comida, ropa u otros artículos a algún pariente, vecino o amigo que no viva en esta vivienda?

- SÍ

NO

NOSABE
- 1

2

9

PASE A
SIGUIENTE
SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN		FECHA DE ENVÍO	
<div>12.2</div> <div>Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que han enviado regalos, comida, ropa, u otros artículos en los últimos 12 meses.</div> <div>↓</div> <div>NOMBRE</div>	<div>12.3</div> <div>EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR</div> <div>→</div> <div>CLAVE DE RESIDENTE</div>	<div>12.4</div> <div>¿En qué mes y año envió (NOMBRE) regalos, comida, ropa u otros artículos la última vez?</div> <div>NO SABE MES ... 99</div> <div>NO SABE AÑO .. 99</div> <div>→</div> <div>MES</div> <div>AÑO</div>	

XII. TRANSFERENCIAS EN ESPECIE DESDE EL HOGAR

DESTINO DE ARTÍCULOS	VALOR ESTIMADO	
<div>12.5</div> <div>¿(NOMBRE) envió estos artículos:</div> <div>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> <div>dentro del mismo municipio? 1</div> <div>dentro del mismo estado? 2</div> <div>hacia algún estado del país? 3</div> <div>hacia Estados Unidos? 4</div> <div>hacia Canadá? 5</div> <div>hacia otro país? 6</div> <div>NO SABE 9</div> <div>→</div>	<div>12.6</div> <div>¿Como cuánto es lo que ha regalado (NOMBRE), en los últimos 12 meses?</div> <div>\$99 998</div> <div>O MÁS 99998</div> <div>NO SABE 9</div> <div>PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 12.4 Y AL TERMINAR PASE A SIGUIENTE SECCIÓN</div> <div>←</div>	
DESTINO DE ARTÍCULOS	MONTO	NO SABE
<div></div>	<div></div>	9
<div></div>	<div></div>	9
<div></div>	<div></div>	9
<div></div>	<div></div>	9
<div></div>	<div></div>	9
<div></div>	<div></div>	9
<div></div>	<div></div>	9
<div></div>	<div></div>	9
<div></div>	<div></div>	9
<div></div>	<div></div>	9

XIII. TRANSFERENCIAS MONETARIAS HACIA EL HOGAR

13.1

En los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha recibido dinero de parte de algún pariente, vecino o amigo que no viva en esta vivienda?

Sí 1
NO 2
NO SABE 9

PASE A SIGUIENTE SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENVÍO		PARENTESCO	LUGAR DE RESIDENCIA	CANTIDAD	
13.2	13.3		13.4	13.5	13.6	
Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que les han enviado dinero en los últimos 12 meses.	¿En qué mes y año envió (NOMBRE) dinero la última vez?		¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar?	¿(NOMBRE) vive:	En los últimos 12 meses, en total, ¿cuánto dinero les ha enviado (NOMBRE)?	
				LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA		
	NO SABE MES .. 99 NO SABE AÑO . 99		Esposo(a) o pareja 1 Hijo(a) 2 Padre o madre 3 Otro parentesco 4 Sin parentesco 5	en el mismo municipio? 1 en el mismo estado? 2 en el país? 3 en los Estados Unidos? 4 en Canadá? 5 en otro país? 6 NO SABE 9	\$99 998 O MÁS 99998 NO SABE 9	
↓	→		→	→	←	
NOMBRE	MES	AÑO	PARENTESCO	LUGAR DE RESIDENCIA	MONTO	NO SABE
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9

XIV. TRANSFERENCIAS EN ESPECIE HACIA EL HOGAR

14.1

En los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha recibido regalos, comida, ropa u otros artículos de parte de algún pariente, vecino o amigo que no viva en esta vivienda?

SÍ 1
NO 2
NO SABE 9

PASE A SIGUIENTE SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENVÍO		PARENTESCO	LUGAR DE RESIDENCIA	VALOR ESTIMADO	
14.2	14.3		14.4	14.5	14.6	
Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que les han enviado regalos, comida, ropa u otros artículos en los últimos 12 meses?	¿En qué mes y año envió (NOMBRE) regalos, comida, ropa u otros artículos la última vez?		¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar?	¿(NOMBRE) vive:	¿Como cuánto es lo que les ha regalado (NOMBRE) en los últimos 12 meses?	
				LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA		
	NO SABE MES .. 99 NO SABE AÑO . 99		Esposo(a) o pareja 1 Hijo(a) 2 Padre o madre 3 Otro parentesco 4 Sin parentesco 5	en el mismo municipio? 1 en el mismo estado? 2 en el país? 3 en los Estados Unidos? 4 en Canadá? 5 en otro país? 6 NO SABE 9	\$99 998 O MÁS 99998 NO SABE 9	
↓	→		→	→	←	
NOMBRE	MES	AÑO	PARENTESCO	LUGAR DE RESIDENCIA	MONTO	NO SABE
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9

XV. TRANSFERENCIAS INSTITUCIONALES AL HOGAR

15.1

NÚMERO DE PROGRAMA

15.2

En los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, recibió:

LEA TODAS LAS OPCIONES

SÍ 1 → PREGUNTE 15.3

NO 2 → PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA Y AL TERMINAR CONTINÚE CON SIGUIENTE SECCIÓN

FECHA ÚLTIMA TRANSFERENCIA

15.3

¿La última vez que recibió (PROGRAMA DE 15.2) fue:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA

esta semana? 1

este mes? 2

hace 2 a 3 meses? 3

hace 4 a 6 meses? 4

hace 7 a 12 meses? 5

NO SABE 9

REGRESE A SIGUIENTE PROGRAMA

PROGRAMA

SÍ

NO

CÓDIGO

01	tortilla gratuita?	1	2	
02	leche Liconsa o Conasupo?	1	2	
03	dinero de Oportunidades(Progres)?	1	2	
04	papilla de Oportunidades(Progres)?	1	2	
05	despensa del DIF?	1	2	
06	desayunos escolares?	1	2	
07	becas educativas distintas a las de Oportunidades(Progres)?	1	2	
08	becas de transporte?	1	2	
09	apoyos del INI?	1	2	
10	PROBECAT (becas de capacitación)?	1	2	
11	apoyos de alianza para el campo?	1	2	
12	apoyo del programa de apoyo a la vivienda?	1	2	
13	apoyo de PROCAMPO?	1	2	
14	crédito a la palabra?	1	2	
15	apoyo del programa de empleo temporal (PET)?	1	2	
16	apoyo de FONAES (Empresas Sociales)?	1	2	
17	fondo para la micro, pequeña y mediana empresa?	1	2	
18	apoyo de otros programas estatales?	1	2	
19	apoyo de otros programas municipales?	1	2	
20	seguro Popular?	1	2	
21	otro? (ESPECIFIQUE)_____	1	2	

XVI. GASTO SEMANA ANTERIOR

NÚMERO DE ALIMENTO	16.2			MONTODEL GASTO		16.4				
	Ahora le voy a preguntar sobre los gastos en alimentos de este hogar, durante los últimos 7 días, ¿en este hogar se compró:			16.3 ¿Cuánto gastó en (ALIMENTO DE 16.2) durante los últimos 7 días?		Durante los últimos 7 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como pago o regalo alguno de los alimentos que le mencioné anteriormente?				
	<div>LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES</div>			<div>PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO</div>		<div> <div>SÍ 1 → PREGUNTE 16.5 Y 16.6</div> <div>NO 2 → PASE A 16.8</div> </div>				
	<div>SÍ 1 → PREGUNTE 16.3</div> <div>NO 2 → PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO</div>			<div>\$998 O MÁS 998</div> <div>NO SABE 999</div>		REGALO O PAGO EN ESPECIE DE ALIMENTO		VALOR ESTIMADO		
						16.5		16.6		
						<div>LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES</div>		<div>¿Cuál es el valor total aproximado de (ALIMENTO DE 16.5) que produjo o recibió este hogar como pago en especie o regalo, durante los últimos 7 días?</div> <div>\$998 O MÁS 998</div> <div>NO SABE 999</div> <div>PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO</div>		
						<div>SÍ 1 → PREGUNTE 16.6</div> <div>NO 2 → PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO</div>				
	ALIMENTO	SÍ	NO	MONTO		ALIMENTO	SÍ	NO	MONTO	
101	jitomates o tomates rojos?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		101	jitomates o tomates rojos?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
102	cebollas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		102	cebollas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
103	papas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		103	papas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
104	chiles?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		104	chiles?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
105	zanahorias?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		105	zanahorias?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
106	calabacitas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		106	calabacitas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
107	plátanos?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		107	plátanos?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
108	manzanas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		108	manzanas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
109	naranjas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		109	naranjas?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
110	otras frutas (limones, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		110	otras frutas (limones, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
111	otras verduras (nopales, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		111	otras verduras (nopales, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
201	tortillas de maíz?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		201	tortillas de maíz?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
202	pan blanco (bolillo o telera)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		202	pan blanco (bolillo o telera)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
203	pan de dulce?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		203	pan de dulce?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
204	sopa de pasta?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		204	sopa de pasta?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
205	frijol?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		205	frijol?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
206	arroz?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		206	arroz?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
207	pastelillos en bolsa (gansito, conchas, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		207	pastelillos en bolsa (gansito, conchas, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _
208	otros cereales (pan bimbo, harinas, maíz en grano, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _		208	otros cereales (pan bimbo, harinas, maíz en grano, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _ _ _

XVI. GASTO SEMANA ANTERIOR

16.7

16.8

Durante los últimos 7 días, ¿en este hogar se compró:

LEA DE UNA EN UNA
TODAS LAS OPCIONES

Sí 1 →

PREGUNTE
16.9

NO 2 →

PASE AL
SIGUIENTE
ALIMENTO

MONTODEL
GASTO

16.9

¿Cuánto
gastó en
(ALIMENTO
DE 16.8)
durante
los últimos
7 días?

PREGUNTE
POR
SIGUIENTE
ALIMENTO

\$998
O MÁS 998

NO
SABE 999

16.10

Durante los últimos 7 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como pago o regalo alguno de los alimentos que le mencioné anteriormente?

Sí 1 →

PREGUNTE
16.11 Y
16.12

NO 2 →

PASE A
16.13

REGALOOPAGOENESPECIEDEALIMENTO

16.11

Durante los últimos 7 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como regalo o pago en especie:

LEA DE UNA EN UNA
TODAS LAS OPCIONES

Sí 1 →

PREGUNTE
16.12

NO 2 →

PASE AL
SIGUIENTE
ALIMENTO

VALOR
ESTIMADO

16.12

¿Cuál es el
valor total
aproximado
de
(ALIMENTO
DE 16.11)
que produjo
o recibió
este hogar
como pago
en especie
o regalo,
durante los
últimos 7
días?
\$998 O
MÁS 998
NO SABE 999

PREGUNTE POR
SIGUIENTE
ALIMENTO

	ALIMENTO	SÍ	NO	MONTO		ALIMENTO	SÍ	NO	MONTO
301	carne de res (bistec, molida, etc)?	1	2	_____	301	carne de res (bistec, molida, etc)?	1	2	_____
302	pollo?	1	2	_____	302	pollo?	1	2	_____
303	carne de puerco?	1	2	_____	303	carne de puerco?	1	2	_____
304	atún, sardinas en lata?	1	2	_____	304	atún, sardinas en lata?	1	2	_____
305	pescado y mariscos?	1	2	_____	305	pescado y mariscos?	1	2	_____
306	huevos?	1	2	_____	306	huevos?	1	2	_____
307	leche?	1	2	_____	307	leche?	1	2	_____
308	queso (fresco, oaxaca, etc)?	1	2	_____	308	queso (fresco, oaxaca, etc)?	1	2	_____
309	otros productos lácteos (yoghurt mantequilla, crema etc)?	1	2	_____	309	otros productos lácteos (yoghurt mantequilla, crema etc)?	1	2	_____
310	otros productos de origen animal (embutidos, manteca, etc.)?	1	2	_____	310	otros productos de origen animal embutidos, manteca, etc.)?	1	2	_____
401	refrescos?	1	2	_____	401	refrescos?	1	2	_____
402	azúcar?	1	2	_____	402	azúcar?	1	2	_____
403	concentrados o polvo para preparar agua?	1	2	_____	403	concentrados o polvo para preparar agua?	1	2	_____
404	bebidas alcohólicas?	1	2	_____	404	bebidas alcohólicas?	1	2	_____
405	café?	1	2	_____	405	café?	1	2	_____
406	aceite vegetal?	1	2	_____	406	aceite vegetal?	1	2	_____
407	papas fritas, chicharrones?	1	2	_____	407	papas fritas, chicharrones?	1	2	_____
408	otros artículos industrializados (pastelillos en bolsa, etc)?	1	2	_____	408	otros artículos industrializados (pastelillos en bolsa, etc)?	1	2	_____

65

XVI. GASTO SEMANA ANTERIOR

GASTO EN ALIMENTOS																			
16.13				MONTO _ _ _ _ _ _ _															
Durante los últimos 7 días, ¿cuánto gastaron los miembros del hogar en comidas fuera de la casa, excluyendo bebidas alcohólicas?				\$99 998 O MÁS 99998															
				NADA 00000															
				NO SABE 99999															
16.14				MONTO _ _ _ _ _ _ _															
¿Cuál fue el gasto total del hogar en alimentos durante los últimos 7 días, no incluya comidas fuera de la casa?				\$99 998 O MÁS 99998															
				NO SABE 99999															
N Ú M E R O D E A R T Í C U L O	16.15			16.16			MONTO DEL GASTO		16.18										
	En los últimos 7 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, compró o gastó en:			16.17			¿Cuánto pagó por toda la cantidad de (ARTÍCULO DE 16.16) comprada durante los últimos 7 días?		Durante los últimos 7 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como pago o regalo alguno de los artículos y servicios que le mencioné anteriormente?										
	LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES								SÍ 1 → PREGUNTE 16.19 Y 16.20										
	NO 2 → PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN								NO 2 → PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN										
				PREGUNTE POR SIGUIENTE ARTÍCULO					REGALO O PAGO EN ESPECIE DE ARTÍCULO										
	SÍ 1 → PREGUNTE 16.17								16.19										
	NO 2 → PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO			\$9998 O MÁS .. 9998					Durante los últimos 7 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como regalo o pago en especie:										
				NO SABE 9999					LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES										
									SÍ 1 → PREGUNTE 16.20										
									NO 2 → PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO										
								16.20											
								¿Cuál es el valor total aproximado de (ARTÍCULO DE 16.19) que produjo o recibió este hogar como pago en especie o regalo, durante los últimos 7 días?											
								\$998 O MÁS 9998											
								NO SABE 9999											
								PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO											
ARTÍCULO O SERVICIO				SÍ		NO		MONTO		ARTÍCULO O SERVICIO				SÍ		NO		MONTO	
501 cerillos y encendedores?				1		2		_ _ _ _ _ _ _		501 cerillos y encendedores?				1		2		_ _ _ _ _ _ _	
502 transporte en autobuses, camionetas, camión, colectivo, taxis (no incluya gastos de transporte escolar)?				1		2		_ _ _ _ _ _ _		502 transporte en autobuses, camionetas, camión, colectivo, taxis (no incluya gastos de transporte escolar)?				1		2		_ _ _ _ _ _ _	
503 periódicos y revistas?				1		2		_ _ _ _ _ _ _		503 periódicos y revistas?				1		2		_ _ _ _ _ _ _	
504 velas y veladoras?				1		2		_ _ _ _ _ _ _		504 velas y veladoras?				1		2		_ _ _ _ _ _ _	
505 cigarros?				1		2		_ _ _ _ _ _ _		505 cigarros?				1		2		_ _ _ _ _ _ _	

NÚMERO DE ARTÍCULO	17.1 <div style="float:right; width:80%;">17.2</div> <div>En los últimos 30 días ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, compró o gastó en:</div> <div style="margin-top: 10px;"><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; float: right; width: fit-content;">LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES</div>SÍ 1 →<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: auto; width: 150px; height: 30px; position: relative;">PREGUNTE 17.3</div><div style="clear: both;"></div>NO 2 →<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: auto; width: 150px; height: 30px; position: relative;">PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO</div><div style="position: absolute; bottom: -10px; left: 50%; transform: translateX(-50%); font-size: small;">↓</div></div>	MONTO DEL GASTO	17.4 <div>Durante los últimos 30 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como pago o regalo alguno de los artículos o servicios que le mencioné anteriormente?</div> <div style="margin-top: 10px;"><div style="margin-bottom: 10px;">SÍ 1 →<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; float: right; width: 100px; height: 30px; position: relative;">PREGUNTE 17.5 Y 17.6</div></div>NO 2 →<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; float: right; width: 100px; height: 30px; position: relative;">PASE A SIGUIENTE SECCIÓN</div><div style="clear: both;"></div><div style="font-size: x-small; text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 5px; margin-top: 10px;">REGALO O PAGO EN ESPECIE DE ARTÍCULO O SERVICIO</div><div style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px; min-height: 200px; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 10px; right: 10px; width: 90%; text-align: center;">17.5 Durante los últimos 30 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como regalo o pago en especie:<div style="margin-top: 10px;"><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; float: right; width: fit-content;">LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES</div>SÍ 1 →<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: auto; width: 100px; height: 30px; position: relative;">PREGUNTE 17.6</div><div style="clear: both;"></div>NO 2 →<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: auto; width: 100px; height: 30px; position: relative;">PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO</div><div style="position: absolute; bottom: -10px; left: 50%; transform: translateX(-50%); font-size: small;">↓</div></div></div><div style="position: absolute; bottom: -10px; left: 50%; transform: translateX(-50%); font-size: small;">←</div></div><div style="font-size: x-small; text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 5px; margin-top: 10px;">VALOR ESTIMADO</div><div style="padding: 10px;">17.6 ¿Cuál es el valor aproximado de (ARTÍCULO de 17.5) que produjo o recibió este hogar como regalo o pago en especie, durante los últimos 30 días?<div style="margin-top: 10px;"><div>\$998 O MÁS</div><div>\$999 NO SABE</div></div><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; font-size: xx-small; text-align: center;">PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO</div></div></div>						
	ARTÍCULO O SERVICIO	SÍ	NO	MONTO		ARTÍCULO O SERVICIO	SÍ	NO	MONTO
601	artículos de aseo personal (crema dental, papel higiénico, desodorante, shampoo, etc)?	1	2	_ _ _ _ _	601	artículos de aseo personal (crema dental, papel higiénico, desodorante, shampoo, etc)?	1	2	_ _ _ _ _
602	artículos de aseo para niños menores de 2 años (pañales desechables, toallas húmedas, etc)?	1	2	_ _ _ _ _	602	artículos de aseo para niños menores de 2 años (pañales desechables, toallas húmedas, etc)?	1	2	_ _ _ _ _
603	artículos para el aseo del hogar (detergentes, escobas, trapeadores, etc)?	1	2	_ _ _ _ _	603	artículos para el aseo del hogar (detergentes, escobas, trapeadores, etc)?	1	2	_ _ _ _ _
604	combustibles (gas, petróleo, gasolina, carbón, leña)?	1	2	_ _ _ _ _	604	combustibles (gas, petróleo, gasolina, carbón, leña)?	1	2	_ _ _ _ _
605	servicios personales (corte de pelo, manicure, pedicure, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _	605	servicios personales (corte de pelo, manicure, pedicure, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _
606	diversiones (cine, club nocturnos, excursiones, ferias, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _	606	diversiones (cine, club nocturnos, excursiones, ferias, etc.)?	1	2	_ _ _ _ _
607	renta de la vivienda?	1	2	_ _ _ _ _	607	renta de la vivienda?	1	2	_ _ _ _ _

18.1	18.2			18.3		18.4			
	<p>En los últimos tres meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, compró o gastó en:</p>			<p>¿Cuánto gastó en (ARTÍCULO DE 18.2) durante los últimos 3 meses?</p>		<p>Durante los últimos tres meses, ¿alguna persona que vive en este hogar ha producido o recibido como pago o regalo alguno de los artículos o servicios que le mencioné anteriormente?</p>			
	<p>LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES</p>			<p>PREGUNTE POR SIGUIENTE ARTÍCULO</p>		<p>SÍ 1 → PREGUNTE 18.5 Y 18.6</p> <p>NO 2 → PASE A SIGUIENTE SECCIÓN</p>			
NÚMERO DE ARTÍCULO						REGALO O PAGO EN ESPECIE DE ARTÍCULO			VALOR ESTIMADO
	<p>SÍ 1 → PREGUNTE 18.3</p> <p>NO 2 → PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO</p>			<p>\$998 O MÁS . 99998</p> <p>NO SABE ... 99999</p>		<p>18.5</p> <p>Durante los últimos tres meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como regalo o pago en especie:</p> <p>LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES</p> <p>SÍ 1 → PREGUNTE 18.6</p> <p>NO 2 → PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO</p>			<p>18.6</p> <p>¿Cuál es el valor total aproximado de (ARTÍCULO DE 18.5) que produjo o recibió este hogar como regalo o pago en especie durante los últimos tres meses?</p> <p>\$998 O MÁS . 99998</p> <p>NO SABE ... 99999</p> <p>PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO</p>
	ARTÍCULO	SÍ	NO	MONTO		ARTÍCULO	SÍ	NO	MONTO
701	ropa para adultos?	1	2	_____	701	ropa para adultos?	1	2	_____
702	ropa para niños o jóvenes?	1	2	_____	702	ropa para niños o jóvenes?	1	2	_____
703	calzado para adultos?	1	2	_____	703	calzado para adultos?	1	2	_____
704	calzado para niños o jóvenes?	1	2	_____	704	calzado para niños o jóvenes?	1	2	_____
705	juguetes?	1	2	_____	705	juguetes?	1	2	_____
706	libros y discos?	1	2	_____	706	libros y discos?	1	2	_____
707	gastos relacionados con salud (consultas médicas, exámenes de laboratorio, anticonceptivos, etc.)?	1	2	_____	707	gastos relacionados con salud (consultas médicas, exámenes de laboratorio, anticonceptivos, etc.)?	1	2	_____

XIX. GASTO ANUAL

19.1

19.2

En los últimos 12 meses alguna persona que vive aquí, en este hogar, compró o gastó en:

LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES

Sí 1 →

PREGUNTE 19.3

NO 2 →

PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO

MONTODEL GASTO

19.3

¿Cuánto gastó en (ARTÍCULO DE 19.2) durante los últimos 12 meses?

PREGUNTE POR SIGUIENTE ARTÍCULO

\$998 O MÁS . 99998

NO SABE ... 99999

19.4

Durante los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como pago o regalo alguno de los servicios o artículos que le mencioné anteriormente?

Sí 1 →

PREGUNTE 19.5 Y 19.6

NO 2 →

PASE A 19.7

REGALO O PAGO EN ESPECIE DE ARTÍCULO

19.5

Durante los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como pago o regalo:

LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES

Sí 1 →

PREGUNTE 19.6

NO 2 →

PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO

VALOR ESTIMADO

19.6

¿Cuál es el valor total aproximado de (ARTÍCULO DE 19.5) que produjo o recibió este hogar como regalo o pago en especie durante los últimos 12 meses?

\$998 O MÁS . 99998

NO SABE ... 99999

PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO

	ARTÍCULO O SERVICIO	SÍ	NO	MONTO		ARTÍCULO O SERVICIO	SÍ	NO	MONTO
801	colegiaturas, inscripción, cuotas, festividades, transporte escolar, libros y materiales?	1	2		801	colegiaturas, inscripción, cuotas, festividades, transporte escolar, libros y materiales?	1	2	
802	muebles para el hogar?	1	2		802	muebles para el hogar?	1	2	
803	reparaciones y mejoras a la vivienda?	1	2		803	reparaciones y mejoras a la vivienda?	1	2	
804	utensilios domésticos y blancos (ollas, vajillas, sábanas)?	1	2		804	utensilios domésticos y blancos (ollas, vajillas, sábanas)?	1	2	
805	electrodomésticos (refrigerador, estufa, lavadora, microondas, etc.)?	1	2		805	electrodomésticos (refrigerador, estufa, lavadora, microondas, etc.)?	1	2	
806	automóviles, motocicletas, bicicletas?	1	2		806	automóviles, motocicletas, bicicletas?	1	2	
807	otros gastos (joyas, valores, seguros, vacaciones, lotería, etc.)?	1	2		807	otros gastos (joyas, valores, seguros, vacaciones, lotería, etc.)?	1	2	

19.7 GASTO TOTAL MENSUAL

Entonces, ¿cuánto gastan en total en su hogar por mes aproximadamente?

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NO SABE 99999

69

XX. GASTO EN SERVICIOS

<p>20.1 ALGÚN PAGO DE LUZ</p> <p>En los últimos doce meses ¿hicieron algún pago por el servicio de luz?</p>
<p>20.2 PAGO DE LUZ</p> <p>¿Cuánto pagaron la última vez por la luz eléctrica?</p>
<p>20.3 PERIODO DE PAGO</p> <p>¿A cuántos meses correspondió ese pago?</p>
<p>20.4 ALGÚN PAGO DE AGUA</p> <p>En los últimos doce meses ¿hicieron algún pago por el servicio de agua?</p>
<p>20.5 PAGO DE AGUA</p> <p>¿Cuánto pagaron la última vez por el servicio de agua?</p>
<p>20.6 PERIODO DE PAGO</p> <p>¿A cuántos meses correspondió ese pago?</p>
<p>20.7 ALGÚN SERVICIO DE RECOLECCIÓN DE BASURA</p> <p>¿Tienen servicio de recolección de basura?</p>
<p>20.8 PAGO DE RECOLECCIÓN DE BASURA</p> <p>¿Cuánto pagaron la última vez por el servicio de recolección de basura (incluye propina)?</p>

SÍ 1

NO 2 →

PASE A
20.4

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NADA 00000

NO SABE 99999

PASE A
20.4

NÚMERO DE MESES | | |

NO SABE 99

SÍ 1

NO 2 →

PASE A
20.7

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NADA 00000

NO SABE 99999

PASE A
20.7

NÚMERO DE MESES | | |

NO SABE 99

SÍ 1

NO 2 →

PASE A
20.10

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NADA 00000

NO SABE 99999

PASE A
20.10

XX. GASTO EN SERVICIOS

<p>20.9 PERIODO DE PAGO</p> <p>¿A cuántos días correspondió ese pago?</p>
<p>20.10 TELÉFONO</p> <p>En esta vivienda ¿usan teléfono:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> </div>
<p>20.11 PAGO DE TELÉFONO</p> <p>¿Cuánto pagaron la última vez por el servicio telefónico?</p>
<p>20.12 PERIODO DE PAGO</p> <p>¿A cuántos meses correspondió ese pago?</p>
<p>20.13 ALGÚN PAGO DE GAS</p> <p>En los últimos doce meses ¿hicieron algún pago por consumo de gas?</p>
<p>20.14 PAGO DE GAS</p> <p>¿Cuánto pagaron la última vez de gas?</p>
<p>20.15 PERIODO DE PAGO</p> <p>¿A cuántos meses correspondió ese pago?</p>

NÚMERO DE DÍAS | | | | |

NO SABE 999

normal para uso exclusivo de las personas del hogar? 1

celular? 2

normal compartido con personas de otras viviendas? 3

público? 4

comunitario? 5

no usan servicio telefónico? 6

PASE A
20.13

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NADA 00000

NO SABE 99999

PASE A
20.13

NÚMERO DE MESES | | |

NO SABE 99

SÍ 1

NO 2

PASE A
SIGUIENTE
SECCIÓN

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NADA 00000

NO SABE 99999

PASE A
SIGUIENTE
SECCIÓN

NÚMERO DE MESES | | |

MENOS DE UN MES 00

NO SABE 99

XXI.NEGOCIOS PROPIEDAD DEL HOGAR

21.1 NEGOCIO

Ahora platicaremos de otro tema.
Alguna de las personas que viven aquí, en este hogar, ¿tiene uno o varios negocios?

21.2 NEGOCIO

¿Cuentan con algún local, parcela, rancho o un espacio dentro de su propia casa para realizar sus negocios?

SI TIENEN MÁS DE UN NEGOCIO FAMILIAR, PREGUNTE POR TODOS ELLOS Y REGISTRE LOS TOTALES

21.3 GASTOS DEL NEGOCIO

En los últimos 12 meses, en total, ¿cuánto dinero se gastó para mantener el negocio?

21.4 GANANCIA DEL NEGOCIO

Descontando los gastos de mantenimiento, ¿cuánto dinero ganó en el negocio en los últimos 12 meses?

21.5 NÚMERO DE PERSONAS QUE AYUDAN EN EL NEGOCIO

¿Cuántas personas que viven aquí, en este hogar, trabajan o ayudan en este negocio? Incluya al dueño del negocio.

SÍ 1

NO 2 →

PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

SÍ 1

NO 2 →

PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NO SABE 99999

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NO SABE 99999

PERSONAS | | | | |

NINGUNA 00

NO SABE 99

→ PASE A 21.7

XXI. NEGOCIOS PROPIEDAD DEL HOGAR

21.6 PERSONAS QUE AYUDAN EN EL NEGOCIO

Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que viven aquí, en este hogar que trabajan o ayudan en este negocio. Incluya al dueño del negocio.

ANOTE HASTA 6 PERSONAS

**ÁREA SOMBREADA
EXCLUSIVA PARA
USO DEL
VALIDADOR**

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

21.7 EMPLEADOS

¿Cuántas personas que no viven aquí, en este hogar, trabajan o ayudan en este negocio?

PERSONAS | |

NINGUNA 00

NO SABE 99

XXII. BIENES EN EL HOGAR

NÚMERO DE ARTÍCULO	22.1			22.2		22.3
	¿En este hogar se tiene:			Si tuviera que vender (ARTÍCULO), ¿cuánto cree que podría pedir?		¿(ARTÍCULO) es usado en un negocio o en actividades agrícolas familiares?
	<p>LEA TODAS LAS OPCIONES</p> <p>SÍ 1 → PREGUNTE 22.2 y 22.3</p> <p>NO 2 → PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO Y AL TERMINAR CONTINÚE CON LA SIGUIENTE SECCIÓN</p>			<p>\$99 998 O MÁS 99998</p> <p>NOSABE 9</p>		<p>Sí, totalmente 1</p> <p>Sí, parcialmente 2</p> <p>No 3</p> <p>NOSABE 9</p> <p>PREGUNTE POR SIGUIENTE ARTÍCULO</p>
	ARTÍCULO	SÍ	NO	MONTO	NO SABE	CÓDIGO
01	casas, locales, terrenos, parcelas o fincas, etc., aparte de esta vivienda?	1	2	_____	9	_____
02	automóvil propio?	1	2	_____	9	_____
03	camioneta o camión propio?	1	2	_____	9	_____
04	motos, tractores u otros vehículos motorizados?	1	2	_____	9	_____
05	televisión?	1	2	_____	9	_____
06	videocasetera?	1	2	_____	9	_____
07	otros aparatos eléctricos o electrónicos (computadora, plancha, horno de microondas, licuadora, etc.)?	1	2	_____	9	_____
08	radio?	1	2	_____	9	_____
09	refrigerador?	1	2	_____	9	_____
10	estufa de gas?	1	2	_____	9	_____
11	estufa de otro combustible o parrilla eléctrica?	1	2	_____	9	_____
12	lavadora automática para ropa?	1	2	_____	9	_____
13	secadora para ropa?	1	2	_____	9	_____
14	calentador de gas para agua (boiler)?	1	2	_____	9	_____
15	tinaco?	1	2	_____	9	_____
16	animales de tiro o de consumo (caballos, gallinas, vacas, cerdos, borregos, etc.)?	1	2	_____	9	_____
17	otro? (ESPECIFIQUE)	1	2	_____	9	_____

XXIII. SINIESTROS SUFRIDOS POR EL HOGAR

23.1 SINIESTRO

En los últimos doce meses, ¿este hogar ha sufrido:

LEA TODAS LAS OPCIONES
Y CIRCULE EL CÓDIGO
CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO
la muerte o enfermedad de un familiar que no vivía aquí en esta vivienda?	1	2
desempleo de alguna persona que vive aquí, en este hogar?	1	2
la pérdida del negocio de alguna persona que vive aquí, en este hogar?	1	2
incendio, inundación, sequías u otra catástrofe natural de algún bien que pertenece a alguna persona que vive aquí, en este hogar?	1	2
otro? (ESPECIFIQUE)	1	2

NINGÚN SINIESTRO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

23.2 ENFRENTA SINIESTROS

Para enfrentar este(estos) problema(s) :

LEA TODAS LAS OPCIONES
Y CIRCULE EL CÓDIGO
CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO
usaron unos ahorros?	1	2
tuvieron que pedir prestado?	1	2
vendieron algo propiedad del hogar (electrodomésticos, animales, etc.)? ..	1	2
recibieron ayuda de vecinos, familiares o amigos?	1	2
algún miembro del hogar tuvo que empezar a trabajar?	1	2
algún miembro del hogar tuvo que trabajar más horas?	1	2
disminuyeron los gastos?	1	2
otro? (ESPECIFIQUE)	1	2

XXIV. PERCEPCIONES

24.1 FILTRO

¿En este hogar hay algún(os) niño(s) estudiando?

SÍ PRIMARIA 1 →

PREGUNTE 24.2 Y PASE A 24.3

SÍ SECUNDARIA 2 →

PREGUNTE 24.2 Y PASE A 24.4

NO 3 →

PASE A SIGUIENTE SECCIÓN

24.2 NOMBRE DEL NIÑO(A)

¿Cuál es el nombre del niño(a) mayor que está estudiando primaria o secundaria?

NOMBRE

24.3 INGRESO CON PRIMARIA TERMINADA

Imáginese que (NOMBRE) termina sólo la primaria y al cumplir 18 años tiene que trabajar, ¿cuánto dinero cree usted que podría ganar al mes?

MONTO | | | | | | |

NO SABE 99999

24.4 INGRESO CON SECUNDARIA TERMINADA

imáginese que (NOMBRE) estudia la secundaria y la termina, y al cumplir 18 años tiene que trabajar, ¿cuánto dinero cree usted que podría ganar al mes?

MONTO | | | | | | |

NO SABE 99999

24.5 INGRESO CON BACHILLERATO TERMINADO

Ahora suponga que (NOMBRE) estudia y termina la preparatoria o bachillerato, y al cumplir 18 años tiene que trabajar, ¿cuánto dinero cree usted que podría ganar al mes?

MONTO | | | | | | |

NO SABE 99999

XXV. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

25.1

NÚMERO DE ACTIVIDAD

25.2

En los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha participado en una:

LEA TODAS LAS OPCIONES

SÍ 1 → ¿Quiénes?

↓

EN EL RENGLÓN QUE CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD CIRCULE EL CÓDIGO DEL SÍ (1) Y ANOTE EL NÚMERO DE RESIDENTE DE 3.1 HASTA DE TRES PERSONAS Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE ACTIVIDAD

NO 2 → PASE A SIGUIENTE ACTIVIDAD

↓

	ACTIVIDAD COMUNITARIA	SÍ	NÚMERO DE RESIDENTE	NÚMERO DE RESIDENTE	NÚMERO DE RESIDENTE	NO
01	cooperativa o asociación productiva?	1	_____	_____	_____	2
02	cooperativa, caja u organización de crédito, incluyendo tandas o rifas?	1	_____	_____	_____	2
03	organización o partido político, con fines de elección (vecinal, municipal u otra)?	1	_____	_____	_____	2
04	organización o asociación vecinal para la dotación o el mejoramiento de servicios (agua, electricidad, drenaje, pavimento, alumbrado)?	1	_____	_____	_____	2
05	organización o asociación vecinal para la limpieza o el cuidado del barrio o la colonia?	1	_____	_____	_____	2
06	organización o grupo para el cuidado de la salud (materno-infantil, capacitación para la salud, salud reproductiva, etc.)?	1	_____	_____	_____	2
07	organización o grupo para la seguridad y la vigilancia del barrio o colonia?	1	_____	_____	_____	2
08	organización o grupo religioso?	1	_____	_____	_____	2
09	otra actividad?	1	_____	_____	_____	2

ENTREVISTE A JOVEN O ADOLESCENTE DE 10 A 21 AÑOS	
NOMBRE DE LA PERSONA: _____	CLAVE DE RESIDENTE <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
<p>26.1 FUMADOR ACTUAL</p> <p>¿Fumas actualmente?</p>	<div> <div> Sí 1 → </div> <div> NO 2 </div> <div> PASE A 26.3 </div> </div>
<p>26.2 CONDICIÓN DE FUMAR</p> <p>¿Alguna vez has fumado un cigarro, aunque no te lo hayas terminado?</p>	<div> <div> Sí 1 </div> <div> NO 2 → </div> <div> PASE A 26.11 </div> </div>
<p>26.3 EDAD DE PRUEBA DE CIGARRO</p> <p>¿Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer cigarro?</p>	<div> AÑOS </div>
<p>26.4 EDAD DE INICIO DE FUMAR</p> <p>¿Cuántos años tenías cuando empezaste a fumar casi a diario (frecuentemente)?</p>	<div> AÑOS </div> <div> NUNCA HA FUMADO FRECUENTEMENTE 00 </div>
<p>26.5 NÚMERO DE DÍAS QUE FUMA</p> <p>Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuántos días fumaste?</p>	<div> <div> NÚMERO DE DÍAS </div> <div> DIARIO 30 </div> <div> NINGÚN DÍA 00 → </div> <div> PASE A 26.7 </div> </div>
<p>26.6 NÚMERO DE CIGARROS</p> <p>Durante los últimos 30 días, ¿cuántos cigarros fumaste?</p>	<div> <div> NÚMERO DE CIGARROS </div> <div> NO SABE 999 </div> </div>
<p>26.7 OBTENCIÓN DE CIGARROS</p> <p>Normalmente, ¿cómo conseguiste tus cigarros?</p>	<div> <div> LOS COMPRÓ EN UNA TIENDA, EN UN PUESTO O DE UN VENDEDOR AMBULANTE 1 </div> <div> LE DIO DINERO A UNA PERSONA PARA QUE SE LOS COMPRARA 2 </div> <div> PIDIÓ REGALADO A OTRA PERSONA (AMIGO(A)) .. 3 </div> <div> SE LOS DIÓ UN FAMILIAR 4 </div> <div> LOS TOMÓ SIN PERMISO 5 </div> <div> LOS OBTUVO DE OTRA MANERA 6 </div> </div>

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVEN O ADOLESCENTE

26.8 MARCA DE CIGARROS

Regularmente, ¿qué marca de cigarros compras?

MARLBORO 1
 BROADWAY 2
 DELICADOS 3
 BOOTS 4
 OTRO (ESPECIFIQUE) 5
 NORECUERDA 9

26.9 GASTO EN CIGARROS

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuánto gastaste en cigarros? Incluye cigarros sueltos y cajetillas.

MONTO | | | |
 NADA 000
 \$998 O MÁS 998
 NO SABE 999

26.10 VENTA DE CIGARROS

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿alguien se negó a venderte cigarros debido a tu edad?

SÍ 1
 NO 2

26.11 INFORMACIÓN EN ESCUELA

REFIÉRASE A 5.4 Y PREGUNTAR
 SÓLO SÍ VÁ A LA ESCUELA

Durante los últimos doce meses, ¿te habló algún maestro sobre los peligros de fumar?

SÍ 1
 NO 2
 NORECUERDA 9

26.12 INFORMACIÓN DE PROFESIONAL SALUD

Durante los últimos doce meses, ¿te explicó algún médico o profesional de salud sobre los peligros de fumar?

SÍ 1
 NO 2
 NORECUERDA 9

26.13 CONSUMO ALCOHOL

¿Tomas bebidas alcohólicas, aunque sea ocasionalmente?

SÍ 1
 NO 2 →

PASE
 A 26.21

26.14 CONSUMO DE ALCOHOL DE BAJA GRADUACIÓN

En promedio, ¿cuántas cervezas, cooler, viña real, etc. te tomas en una semana normal?

NÚMERO DE BEBIDAS | | | |
 NO SABE 99

26.15 CONSUMO DE ALCOHOL DE ALTA GRADUACIÓN

En promedio, ¿cuántas copas de vino, aguardiente, mezcal, etc. te tomas en una semana normal?

NÚMERO DE BEBIDAS | | | |
 NO SABE 99

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVEN O ADOLESCENTE

26.16 FRECUENCIA DE CONSUMO

¿Con qué frecuencia te emborrachaste en los últimos treinta días (un mes)?

NO TOMÓ EN EL ÚLTIMO MES 1 →

UNA VEZ EN EL MES 2

2 Ó 3 VECES EN EL ÚLTIMO MES 3

4 O MÁS VECES EN EL ÚLTIMO MES 4

NORESPONDE 9

PASE A
26.19

26.17 GASTO EN ALCOHOL

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuánto dinero gastaste en bebidas alcohólicas?

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NORESPONDE 99999

26.18 PROBLEMAS POR ALCOHOL

Durante los últimos 30 días, ¿hubo alguna ocasión que dejaras de cumplir con tus actividades por haber bebido alcohol?

SÍ 1

NO 2

NORESPONDE 9

26.19 VIOLENCIA POR ALCOHOL

¿Algunas veces el alcohol te vuelve violento (a)?

SÍ 1

NO 2

NORESPONDE 9

PASE
A 26.21

26.20 FRECUENCIA DE VIOLENCIA

¿Qué tan frecuente dirías que ocurre esto:

LEA TODAS LAS OPCIONES

rara vez? 1

algunas veces? 2

frecuentemente? 3

casi siempre? 4

NORESPONDE 9

APLICAR SÓLO A HOMBRE DE 15 A 21 AÑOS

26.21 EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

EDAD | | |

NO HATENIDO 00 →

NORESPONDE 99

PASE A
26.23

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVEN O ADOLESCENTE

26.22 USODE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

a) La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿Qué hiciste tú o tu pareja para evitar el embarazo o una enfermedad?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE
LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE EL
ENTREVISTADO EN LA COLUMNA
"ESPONTÁNEA"

b) ¿Cuáles métodos anticonceptivos te ayudan a evitar el SIDA?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE
LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE EL
ENTREVISTADO EN LA COLUMNA
"SIDA"

	Espontánea	SIDA
Pastillas o píldoras	01	01
Dispositivo, DIU o aparatito	02	02
Inyecciones	03	03
Norplant, tubitos o implantes	04	04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	05	05
Condón o preservativo	06	06
Operación femenina u OTB	07	07
Operación masculina o vasectomía	08	08
Ritmo, calendario, abstinencia Periódica, termómetro, billings	09	09
Retiro o coito interrumpido	10	10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual)	11	11
Histerectomía	12	12
No usaron nada	13	13
Otro (ESPECIFIQUE)	14	14
NORESPONDE	99	99

26.23 EMBARAZO EN PRIMERA RELACIÓN

¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?

Sí	1
NO	2
NO SABE	9

26.24 PRUEBA DE PAPANICOLAOU

La prueba del Papanicolaou, ¿qué enfermedad ayuda a detectar?

Cáncer	1
Otro (ESPECIFIQUE)	2
NO SABE	9

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVEN O ADOLESCENTE

ENTREVISTA A JOVEN O ADOLESCENTE DE 10 A 21 AÑOS

NOMBRE DE LA PERSONA: _____

CLAVE DE RESIDENTE

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

26.1 FUMADOR ACTUAL

¿Fumas actualmente?

SÍ 1 →

NO 2

PASE A
26.3

26.2 CONDICIÓN DE FUMAR

¿Alguna vez has fumado un cigarro, aunque no te lo hayas terminado?

SÍ 1

NO 2 →

PASE A
26.11

26.3 EDAD DE PRUEBA DE CIGARRO

¿Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer cigarro?

AÑOS |_|_|

26.4 EDAD DE INICIO DE FUMAR

¿Cuántos años tenías cuando empezaste a fumar casi a diario (frecuentemente)?

AÑOS |_|_|

NUNCA HA FUMADO FRECUENTEMENTE 00

26.5 NÚMERO DE DÍAS QUE FUMA

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuántos días fumaste?

NÚMERO DE DÍAS |_|_|

DIARIO 30

NINGÚN DÍA 00 →

PASE A
26.7

26.6 NÚMERO DE CIGARROS

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos cigarros fumaste?

NÚMERO DE CIGARROS |_|_|_|

NO SABE 999

26.7 OBTENCIÓN DE CIGARROS

Normalmente, ¿cómo conseguiste tus cigarros?

LOS COMPRÉ EN UNA TIENDA, EN UN PUESTO
O DE UN VENDEDOR AMBULANTE 1

LE DIO DINERO A UNA PERSONA PARA QUE
SE LOS COMPRARA 2

PIDIÓ REGALADO A OTRA PERSONA (AMIGO(A)) .. 3

SE LOS DIÓ UN FAMILIAR 4

LOS TOMÓ SIN PERMISO 5

LOS OBTUVO DE OTRA MANERA 6

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVEN O ADOLESCENTE

26.8 MARCA DE CIGARROS

Regularmente, ¿qué marca de cigarros compras?

MARLBORO 1
 BROADWAY 2
 DELICADOS 3
 BOOTS 4
 OTRO (ESPECIFIQUE) 5
 NORECUERDA 9

26.9 GASTO EN CIGARROS

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuánto gastaste en cigarros? Incluye cigarros sueltos y cajetillas.

MONTO | | | |
 NADA 000
 \$998 O MÁS 998
 NO SABE 999

26.10 VENTA DE CIGARROS

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿alguien se negó a venderte cigarros debido a tu edad?

SÍ 1
 NO 2

26.11 INFORMACIÓN EN ESCUELA

REFIÉRASE A 5.4 Y PREGUNTAR
 SÓLO SÍ VÁ A LA ESCUELA

Durante los últimos doce meses, ¿te habló algún maestro sobre los peligros de fumar?

SÍ 1
 NO 2
 NORECUERDA 9

26.12 INFORMACIÓN DE PROFESIONAL SALUD

Durante los últimos doce meses, ¿te explicó algún médico o profesional de salud sobre los peligros de fumar?

SÍ 1
 NO 2
 NORECUERDA 9

26.13 CONSUMO ALCOHOL

¿Tomas bebidas alcohólicas, aunque sea ocasionalmente?

SÍ 1
 NO 2 →

PASE
 A 26.21

26.14 CONSUMO DE ALCOHOL DE BAJA GRADUACIÓN

En promedio, ¿cuántas cervezas, cooler, viña real, etc. te tomas en una semana normal?

NÚMERO DE BEBIDAS | | | |
 NO SABE 99

26.15 CONSUMO DE ALCOHOL DE ALTA GRADUACIÓN

En promedio, ¿cuántas copas de vino, aguardiente, mezcal, etc. te tomas en una semana normal?

NÚMERO DE BEBIDAS | | | |
 NO SABE 99

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVENO ADOLESCENTE

26.16 FRECUENCIA DE CONSUMO

¿Con qué frecuencia te emborrachaste en los últimos treinta días (un mes)?

- NOTOMÓ EN EL ÚLTIMO MES 1 →
- UNA VEZ EN EL MES 2
- 2 Ó 3 VECES EN EL ÚLTIMO MES 3
- 4 O MÁS VECES EN EL ÚLTIMO MES 4
- NORESPONDE 9

PASE A
26.19

26.17 GASTO EN ALCOHOL

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuánto dinero gastaste en bebidas alcohólicas?

- MONTO | | | | |
- \$99 998 O MÁS 99998
- NORESPONDE 99999

26.18 PROBLEMAS POR ALCOHOL

Durante los últimos 30 días, ¿hubo alguna ocasión que dejaras de cumplir con tus actividades por haber bebido alcohol?

- SÍ 1
- NO 2
- NORESPONDE 9

26.19 VIOLENCIA POR ALCOHOL

¿Algunas veces el alcohol te vuelve violento (a)?

- SÍ 1
- NO 2
- NORESPONDE 9

PASE
A 26.21

26.20 FRECUENCIA DE VIOLENCIA

¿Qué tan frecuente dirías que ocurre esto:

LEA TODAS LAS OPCIONES

- rara vez? 1
- algunas veces? 2
- frecuentemente? 3
- casi siempre? 4
- NORESPONDE 9

APLICAR SÓLO A HOMBRE DE 15 A 21 AÑOS

26.21 EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

- EDAD | | |
- NO HATENIDO 00 →
- NORESPONDE 99

PASE A
26.23

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVEN O ADOLESCENTE

26.22 USODE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

a) La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿Qué hiciste tú o tu pareja para evitar el embarazo o una enfermedad?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE
LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE EL
ENTREVISTADO EN LA COLUMNA
"ESPONTÁNEA"

b) ¿Cuáles métodos anticonceptivos te ayudan a evitar el SIDA?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE
LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE EL
ENTREVISTADO EN LA COLUMNA
"SIDA"

	Espontánea	SIDA
Pastillas o píldoras	01	01
Dispositivo, DIU o aparatito	02	02
Inyecciones	03	03
Norplant, tubitos o implantes	04	04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	05	05
Condón o preservativo	06	06
Operación femenina u OTB	07	07
Operación masculina o vasectomía	08	08
Ritmo, calendario, abstinencia Periódica, termómetro, billings	09	09
Retiro o coito interrumpido	10	10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual)	11	11
Histerectomía	12	12
No usaron nada	13	13
Otro (ESPECIFIQUE)	14	14
NORESPONDE	99	99

26.23 EMBARAZO EN PRIMERA RELACIÓN

¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?

Sí	1
NO	2
NO SABE	9

26.24 PRUEBA DE PAPANICOLAOU

La prueba del Papanicolaou, ¿qué enfermedad ayuda a detectar?

Cáncer	1
Otro (ESPECIFIQUE)	2
NO SABE	9

ENTREVISTE A JOVEN O ADOLESCENTE DE 10 A 21 AÑOS	
NOMBRE DE LA PERSONA: _____	CLAVE DE RESIDENTE <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
<p>26.1 FUMADOR ACTUAL</p> <p>¿Fumas actualmente?</p>	<p>SÍ 1 → PASE A 26.3</p> <p>NO 2</p>
<p>26.2 CONDICIÓN DE FUMAR</p> <p>¿Alguna vez has fumado un cigarro, aunque no te lo hayas terminado?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2 → PASE A 26.11</p>
<p>26.3 EDAD DE PRUEBA DE CIGARRO</p> <p>¿Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer cigarro?</p>	<p>AÑOS <div><div></div><div></div><div></div></div></p>
<p>26.4 EDAD DE INICIO DE FUMAR</p> <p>¿Cuántos años tenías cuando empezaste a fumar casi a diario (frecuentemente)?</p>	<p>AÑOS <div><div></div><div></div><div></div></div></p> <p>NUNCA HA FUMADO FRECUENTEMENTE 00</p>
<p>26.5 NÚMERO DE DÍAS QUE FUMA</p> <p>Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuántos días fumaste?</p>	<p>NÚMERO DE DÍAS <div><div></div><div></div><div></div></div></p> <p>DIARIO 30</p> <p>NINGÚN DÍA 00 → PASE A 26.7</p>
<p>26.6 NÚMERO DE CIGARROS</p> <p>Durante los últimos 30 días, ¿cuántos cigarros fumaste?</p>	<p>NÚMERO DE CIGARROS <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></p> <p>NO SABE 999</p>
<p>26.7 OBTENCIÓN DE CIGARROS</p> <p>Normalmente, ¿cómo conseguiste tus cigarros?</p>	<p>LOS COMPRÓ EN UNA TIENDA, EN UN PUESTO O DE UN VENDEDOR AMBULANTE 1</p> <p>LE DIO DINERO A UNA PERSONA PARA QUE SE LOS COMPRARA 2</p> <p>PIDIÓ REGALADO A OTRA PERSONA (AMIGO(A)) .. 3</p> <p>SE LOS DIÓ UN FAMILIAR 4</p> <p>LOS TOMÓ SIN PERMISO 5</p> <p>LOS OBTUVO DE OTRA MANERA 6</p>

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVEN O ADOLESCENTE

26.8 MARCA DE CIGARROS

Regularmente, ¿qué marca de cigarros compras?

MARLBORO 1
 BROADWAY 2
 DELICADOS 3
 BOOTS 4
 OTRO (ESPECIFIQUE) 5
 NORECUERDA 9

26.9 GASTO EN CIGARROS

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuánto gastaste en cigarros? Incluye cigarros sueltos y cajetillas.

MONTO | | | |
 NADA 000
 \$998 O MÁS 998
 NO SABE 999

26.10 VENTA DE CIGARROS

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿alguien se negó a venderte cigarros debido a tu edad?

SÍ 1
 NO 2

26.11 INFORMACIÓN EN ESCUELA

REFIÉRASE A 5.4 Y PREGUNTAR
 SÓLO SÍ VÁ A LA ESCUELA

Durante los últimos doce meses, ¿te habló algún maestro sobre los peligros de fumar?

SÍ 1
 NO 2
 NORECUERDA 9

26.12 INFORMACIÓN DE PROFESIONAL SALUD

Durante los últimos doce meses, ¿te explicó algún médico o profesional de salud sobre los peligros de fumar?

SÍ 1
 NO 2
 NORECUERDA 9

26.13 CONSUMO ALCOHOL

¿Tomas bebidas alcohólicas, aunque sea ocasionalmente?

SÍ 1
 NO 2 →

PASE
 A 26.21

26.14 CONSUMO DE ALCOHOL DE BAJA GRADUACIÓN

En promedio, ¿cuántas cervezas, cooler, viña real, etc. te tomas en una semana normal?

NÚMERO DE BEBIDAS | | | |
 NO SABE 99

26.15 CONSUMO DE ALCOHOL DE ALTA GRADUACIÓN

En promedio, ¿cuántas copas de vino, aguardiente, mezcal, etc. te tomas en una semana normal?

NÚMERO DE BEBIDAS | | | |
 NO SABE 99

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVEN O ADOLESCENTE

26.16 FRECUENCIA DE CONSUMO

¿Con qué frecuencia te emborrachaste en los últimos treinta días (un mes)?

NO TOMÓ EN EL ÚLTIMO MES 1 →

UNA VEZ EN EL MES 2

2 O 3 VECES EN EL ÚLTIMO MES 3

4 O MÁS VECES EN EL ÚLTIMO MES 4

NORESPONDE 9

PASE A
26.19

26.17 GASTO EN ALCOHOL

Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuánto dinero gastaste en bebidas alcohólicas?

MONTO | | | | |

\$99 998 O MÁS 99998

NORESPONDE 99999

26.18 PROBLEMAS POR ALCOHOL

Durante los últimos 30 días, ¿hubo alguna ocasión que dejaras de cumplir con tus actividades por haber bebido alcohol?

SÍ 1

NO 2

NORESPONDE 9

26.19 VIOLENCIA POR ALCOHOL

¿Algunas veces el alcohol te vuelve violento (a)?

SÍ 1

NO 2

NORESPONDE 9

PASE
A 26.21

26.20 FRECUENCIA DE VIOLENCIA

¿Qué tan frecuente dirías que ocurre esto:

LEA TODAS LAS OPCIONES

rara vez? 1

algunas veces? 2

frecuentemente? 3

casi siempre? 4

NORESPONDE 9

APLICAR SÓLO A HOMBRE DE 15 A 21 AÑOS

26.21 EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

EDAD | | |

NO HATENIDO 00 →

NORESPONDE 99

PASE A
26.23

XXVI. TABACO, ALCOHOL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA JOVEN O ADOLESCENTE

26.22 USODE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

a) La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿Qué hiciste tú o tu pareja para evitar el embarazo o una enfermedad?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE
LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE EL
ENTREVISTADO EN LA COLUMNA
"ESPONTÁNEA"

b) ¿Cuáles métodos anticonceptivos te ayudan a evitar el SIDA?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE
LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE EL
ENTREVISTADO EN LA COLUMNA
"SIDA"

	Espontánea	SIDA
Pastillas o píldoras	01	01
Dispositivo, DIU o aparatito	02	02
Inyecciones	03	03
Norplant, tubitos o implantes	04	04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	05	05
Condón o preservativo	06	06
Operación femenina u OTB	07	07
Operación masculina o vasectomía	08	08
Ritmo, calendario, abstinencia Periódica, termómetro, billings	09	09
Retiro o coito interrumpido	10	10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual)	11	11
Histerectomía	12	12
No usaron nada	13	13
Otro (ESPECIFIQUE)	14	14
NORESPONDE	99	99

26.23 EMBARAZO EN PRIMERA RELACIÓN

¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?

Sí	1
NO	2
NO SABE	9

26.24 PRUEBA DE PAPANICOLAOU

La prueba del Papanicolaou, ¿qué enfermedad ayuda a detectar?

Cáncer	1
Otro (ESPECIFIQUE)	2
NO SABE	9

ENTREVISTE A MUJER DE 15 A 49 AÑOS	
NOMBRE DE LA MUJER: _____	CLAVE DE RESIDENTE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
27.1 CONDICIÓN DE EMBARAZO ACTUAL ¿Actualmente está embarazada?	SÍ 1 NO 2 NO SABE 9 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-top: -40px; margin-bottom: 10px;">→ PASE A 27.3</div>
27.2 MES DEL EMBARAZO ¿En qué mes de embarazo se encuentra?	MES _ NO SABE 9 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-top: -40px; margin-bottom: 10px;">→ PASE A 27.4</div>
27.3 CONDICIÓN DE EMBARAZO ÚLTIMOS DOCE MESES ¿Estuvo embarazada en los últimos doce meses?	SÍ 1 NO 2 → <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-top: -40px; margin-bottom: 10px;">PASE A 27.37</div>
27.4 CONDICIÓN DE REVISIÓN PRENATAL Después de que supo que estaba embarazada, ¿la ha revisado (revisó) alguien?	SÍ 1 NO 2 → <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-top: -40px; margin-bottom: 10px;">PASE A 27.37</div>
27.5 MES DE LA PRIMERA REVISIÓN ¿En qué mes de su embarazo la revisaron por primera vez?	MES _ NO SABE 9
27.6 PERSONAL DE REVISIÓN PRENATAL ¿Durante el embarazo quién la revisa (revisó) o examina (examinó)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS</div>	MÉDICO 1 ENFERMERA 2 AUXILIAR DE SALUD 3 PROMOTORA DE SALUD 4 PARTERA 5 FAMILIAR O AMIGO 6 OTRO (ESPECIFIQUE) 7 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-top: -40px; margin-bottom: 10px;">→ PASE A 27.9</div>
27.7 RECOMENDACIÓN DE CONSUMO DE PAPILLA ¿Le recomendó el médico o la enfermera el consumo del suplemento alimenticio (Nutrívita)?	SÍ 1 NO 2 NO RECUERDA 9
27.8 ENTREGA DE PAPILLA ¿Le entregó el médico o la enfermera sobres del suplemento alimenticio (Nutrívita)?	SÍ 1 NO 2 NO RECUERDA 9

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.9 LUGAR DE REVISIÓN PRENATAL

¿En dónde se hizo la primera revisión de su embarazo?

CLÍNICA U HOSPITAL (IMSS) 01
 CLÍNICA IMSS- SOLIDARIDAD 02
 CENTRO DE SALUD U HOSPITAL SSA 03
 AUXILIAR DE SALUD 04
 ISSSTE 05
 DIF 06
 OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO 07
 CLÍNICA U HOSPITAL PRIVADO 08
 CASA DE LA PARTERA 09
 CASA DE LA MUJER 10
 OTRO (ESPECIFIQUE) 11

SÓLO MUJER QUE ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (NO APLICAR A MUJER EMBARAZADA ACTUALMENTE)

27.10 NÚMERO DE REVISIONES PRENATALES

¿Cuántas veces en total la revisaron durante ese embarazo?

NÚMERO DE VECES | | |
 NO SABE 99

27.11 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

¿Cuántas de esas revisiones fueron por complicaciones del embarazo?

NÚMERO DE VECES | | |
 NINGUNA 00
 NO SABE 99

27.12 TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

¿Durante las revisiones le tomaron muestra de sangre?

SÍ 1
 NO 2
 NO SABE 9

→ PASE A
27.14

27.13 INFORMACIÓN SOBRE HEMOGLOBINA

¿Le informó el médico o la enfermera que tenía la hemoglobina normal, alta o baja?

NO LE INFORMÓ 0
 normal 1
 alta 2
 baja 3
 NO RECUERDA 9

27.14 TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

¿Durante las revisiones le tomaron la presión arterial?

SÍ 1
 NO 2
 NO SABE 9

→ PASE A
27.16

27.15 INFORMACIÓN SOBRE PRESIÓN ARTERIAL

¿Le informó el médico o la enfermera que tenía la presión arterial normal, alta o baja?

NO LE INFORMÓ 0
 normal 1
 alta 2
 baja 3
 NO RECUERDA 9

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

<p>27.16 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN PRENATAL</p> <p>¿Durante las revisiones:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 100px; text-align: center;"> LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE </div>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) le tomaron muestra de orina?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>b) le aplicaron una vacuna contra el tétanos?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>c) le recetaron pastillas de hierro?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>d) la pesaron?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>e) le midieron su útero (matriz)?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>f) le hicieron la prueba para detectar sífilis (VDRL)? ..</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>g) le dieron resultado de su grupo sanguíneo?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>h) le hicieron exploración de mamas?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>i) le preguntaron si tenía sangrado durante su embarazo?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>j) le preguntaron si tenía flujo vaginal durante su embarazo?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>k) tiene sus citas programadas en su carnet de control prenatal?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>l) le recomendaron la lactancia?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>m) le ofrecieron algún método anticonceptivo al término de su embarazo?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NO SABE	a) le tomaron muestra de orina?	1	2	9	b) le aplicaron una vacuna contra el tétanos?	1	2	9	c) le recetaron pastillas de hierro?	1	2	9	d) la pesaron?	1	2	9	e) le midieron su útero (matriz)?	1	2	9	f) le hicieron la prueba para detectar sífilis (VDRL)? ..	1	2	9	g) le dieron resultado de su grupo sanguíneo?	1	2	9	h) le hicieron exploración de mamas?	1	2	9	i) le preguntaron si tenía sangrado durante su embarazo?	1	2	9	j) le preguntaron si tenía flujo vaginal durante su embarazo?	1	2	9	k) tiene sus citas programadas en su carnet de control prenatal?	1	2	9	l) le recomendaron la lactancia?	1	2	9	m) le ofrecieron algún método anticonceptivo al término de su embarazo?	1	2	9
	SÍ	NO	NO SABE																																																						
a) le tomaron muestra de orina?	1	2	9																																																						
b) le aplicaron una vacuna contra el tétanos?	1	2	9																																																						
c) le recetaron pastillas de hierro?	1	2	9																																																						
d) la pesaron?	1	2	9																																																						
e) le midieron su útero (matriz)?	1	2	9																																																						
f) le hicieron la prueba para detectar sífilis (VDRL)? ..	1	2	9																																																						
g) le dieron resultado de su grupo sanguíneo?	1	2	9																																																						
h) le hicieron exploración de mamas?	1	2	9																																																						
i) le preguntaron si tenía sangrado durante su embarazo?	1	2	9																																																						
j) le preguntaron si tenía flujo vaginal durante su embarazo?	1	2	9																																																						
k) tiene sus citas programadas en su carnet de control prenatal?	1	2	9																																																						
l) le recomendaron la lactancia?	1	2	9																																																						
m) le ofrecieron algún método anticonceptivo al término de su embarazo?	1	2	9																																																						
<p>27.17 FUMÓ DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿Fumó usted durante su embarazo?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NORECUERDA 9</p>																																																								
<p>27.18 PRODUCTOS DE EMBARAZO</p> <p>¿Este embarazo fue múltiple, es decir, de gemelos, cuates, triates, etc.?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2 → PASE A 27.23</p>																																																								
<p>27.19 RESULTADO MÚLTIPLE DEL EMBARAZO</p> <p>¿El resultado de este embarazo fue:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div>	<p>todas las niñas o niños nacidos vivos? 1 → PASE A 27.21</p> <p>al menos una niña o niño nacido vivo? 2</p> <p>todas las niñas o niños nacidos muertos? 3</p> <p>un aborto? 4 → PASE A 27.37</p>																																																								
<p>27.20 MORTINATOS</p> <p>¿Cuántas niñas o niños de este embarazo nacieron muertos?</p>	<p>TOTAL DE NIÑOS NACIDOS MUERTOS __ </p>																																																								
<p>27.21 NACIDOS VIVOS</p> <p>¿Cuántas niñas o niños de este embarazo nacieron vivos?</p>	<p>TOTAL DE NIÑOS NACIDOS VIVOS __ </p>																																																								
<p>27.22 ACTUALMENTE VIVOS</p> <p>¿Cuántas niñas o niños de este embarazo viven actualmente?</p>	<p>TOTAL DE NIÑOS ACTUALMENTE VIVOS __ </p> <p>TODOS 8 → PASE A 27.24</p> <p>NINGUNO(A) 0 → PASE A 27.27</p>																																																								

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.23 RESULTADO DEL EMBARAZO

¿El resultado de este embarazo fue:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER
UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- una niña o niño nacido vivo? 1
una niña o niño nacido muerto? 2
un aborto? 3

PASE A
27.37

27.24 IDENTIFICACIÓN

UN SÓLO
PRODUCTO
PREGUNTE



Por favor, dígame el nombre de la
niña o niño.

DOS O MÁS
PRODUCTOS
PREGUNTE



Por favor, dígame los nombres de
las niñas o niños de este
embarazo, que viven.

ÁREA SOMBREADA PARA USO
EXCLUSIVO DEL VALIDADOR

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

27.25 FECHA DE NACIMIENTO

¿En qué día, mes y año nació (nacieron)?

REFIÉRASE A PREGUNTA 3.8 Y
VACIE LA INFORMACIÓN
SOLICITADA

- a) DÍA
NO SABE DÍA 99
b) MES
NO SABE MES 99
c) AÑO
NO SABE AÑO 99

27.26 CONFIRMACIÓN DE FECHA

¿Se verificó la fecha de nacimiento en el acta de
nacimiento u hoja de alumbramiento?

- SÍ 1
NO 2

27.27 PERSONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO

¿Quién la atendió durante el parto?

- MÉDICO 1
ENFERMERA 2
PARTERA 3
AUXILIAR DE SALUD 4
PROMOTORA DE SALUD 5
FAMILIAR O AMIGO 6
NADIE 7
OTRO (ESPECIFIQUE) 8

27.28 TIPO DE PARTO

¿El parto fue normal o cesárea?

- Normal 1
Cesárea 2
NO SABE 9

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.29 LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO

¿Dónde la atendieron durante el parto?

CLÍNICA U HOSPITAL IMSS 01

CLÍNICA IMSS-SOLIDARIDAD 02

CENTRO DE SALUD U HOSPITAL SSA 03

AUXILIAR DE SALUD 04

ISSSTE 05

DIF 06

OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO 07

CLÍNICA U HOSPITAL PRIVADO 08

CASA DE LA PARTERA 09

CASA DE LA MUJER 10

OTRO (ESPECIFIQUE) 11

27.30 PESO AL NACER

UN SOLO PRODUCTO PREGUNTE → ¿Cuánto pesó el(la) niño(a) de este embarazo al nacer?

DOS O MÁS PRODUCTOS PREGUNTE → ¿Cuánto pesó el(la) primer(a) niño(a) de este embarazo al nacer?

SOLICITE A LA MADRE LA HOJA DE ALUMBRAMIENTO Y VERIFIQUE EL PESO

KILOS | | |

GRAMOS | | | | |

NO LO PESARON 9999 → PASE A 27.33

27.31 CONFIRMACIÓN DE PESO

¿Se verificó el peso en la hoja de alumbramiento?

SÍ 1

NO 2

27.32 EDAD AL PESAR

¿A los cuántos días después de nacer su(s) hijo(a)(hijos) fue(ron) pesado(s)?

NÚMERO DE DÍAS | | | |

EL PRIMER DÍA 01

27.33 LACTANCIA MATERNA

¿Alguna vez le dió pecho a este (estos) hijo(s) (aún por un periodo corto)?

SÍ 1

NO 2

AÚN TOMA PECHO 8

→ PASE A 27.35

27.34 TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA

¿Durante cuánto tiempo le dió pecho a este (estos) hijo(s)?

MESES | | | |

MENOS DE UN MES 00

27.35 ABLACTACIÓN

¿Cuántos meses tenía(n) cuando comenzó a alimentarlo(a)(s) con otro tipo de alimentos (incluso fórmula o leche de vaca)?

MESES | | | |

MENOS DE UN MES 00

NUNCA LE HADADO OTRO ALIMENTO 98 → PASE A 27.37

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.36 CONSUMO DE LÍQUIDOS

Antes de comenzar a darle otros alimentos o leches a su hijo(a), ¿le había dado algunos líquidos?

- SÍ, TÉS 1
- SÍ, AGUA 2
- SÍ, AGUA AZUCARADA 3
- SÍ, OTRO (ESPECIFIQUE) 4
- NO 5

APLICAR A MUJER (SIN CONSIDERAR CONDICIÓN DE EMBARAZO)

27.37 ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

En los últimos doce meses, ¿se hizo la prueba del Papanicolaou?

- SÍ 1
- NO 2
- NO SABE 9

→ PASE A
27.40

27.38 TIEMPO DE ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

¿Hace cuántos meses se la hizo?

MESES | | |

NORECUERDA 99

27.39 RECEPCIÓN DE RESULTADO

¿Ya recibió su resultado?

- SÍ 1
- NO 2
- ↳ ¿PORQUÉ?
-

27.40 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

¿Conoce o ha oído hablar de algún método para no embarazarse o tener hijos?

- SÍ 1
- NO 2
- NO SABE 9

→ PASE A
27.42

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.41 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS

¿De cuáles métodos ha oído hablar o conoce?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE LOS CÓDIGOS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA.

Pastillas o píldoras	01
Dispositivo, DIU o aparatito	02
Inyecciones	03
Norplant, tubitos o implantes	04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	05
Condón o preservativo	06
Operación femenina u OTB	07
Operación masculina o vasectomía	08
Ritmo, calendario, abstinencia Periódica, termómetro, billings	09
Retiro o coito interrumpido	10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual)	11
Histerectomía	12
No usar nada	13
Otro (ESPECIFIQUE)	14
NORESPONDE	99

27.42 EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

EDAD | | | |

NO HATENIDO 00 → PASE A 27.45

NO SABE 99

27.43 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

a) La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿Qué hizo usted o su pareja para evitar el embarazo o una enfermedad?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE LA ENTREVISTADA EN LA COLUMNA "ESPONTÁNEA".

b) ¿Cuáles métodos anticonceptivos le ayudan a evitar el SIDA?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE LA ENTREVISTADA EN LA COLUMNA "SIDA"

	Espontánea	SIDA
Pastillas o píldoras	01	01
Dispositivo, DIU o aparatito	02	02
Inyecciones	03	03
Norplant, tubitos o implantes	04	04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	05	05
Condón o preservativo	06	06
Operación femenina u OTB	07	07
Operación masculina o vasectomía	08	08
Ritmo, calendario, abstinencia Periódica, termómetro, billings	09	09
Retiro o coito interrumpido	10	10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual)	11	11
Histerectomía	12	12
No usaron nada	13	13
Otro (ESPECIFIQUE)	14	14
NORESPONDE	99	99

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

<p>27.44 DECISIÓN DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO</p> <p>¿Quién decide qué método anticonceptivo usar?</p>	<p>ELLA 1</p> <p>SUPAREJA 2</p> <p>LOS DOS 3</p>
<p>27.45 EMBARAZO EN PRIMERA RELACIÓN</p> <p>¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.46 MEJOR EDAD PARA EMBARAZO DE LA MUJER</p> <p>Dados los problemas que puede haber en el embarazo, ¿la mejor edad para que una mujer se embarace es antes de los 20 años?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.47 TIEMPO DE ESPERA ENTRE EMBARAZOS</p> <p>¿Es recomendable que las mujeres dejen pasar por lo menos 2 años entre un embarazo y el siguiente?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.48 AFECTACIÓN DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿El consumo de tabaco afecta el desarrollo del bebé durante el embarazo?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.49 AFECTACIÓN DEL ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿El consumo de alcohol afecta el desarrollo del bebé durante el embarazo?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.50 SEÑALES DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿Qué señales de alarma durante el embarazo conoce usted?</p> <div data-bbox="297 1501 568 1585" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>NO LEA Y CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA</p> </div>	<p>Sangrado vaginal y cólicos 01</p> <p>Hinchazón de cara, brazos o piernas 02</p> <p>Dolor de cabeza, zumbido de oídos o ver lucecitas . 03</p> <p>Vómitos abundantes 04</p> <p>Palidez intensa en la cara interna de los párpados o lengua 05</p> <p>Fiebre o calentura 06</p> <p>Poco o exagerado aumento de peso 07</p> <p>Disminución o ausencia de movimientos del bebé 08</p> <p>Otras (ESPECÍFIQUE) 09</p> <p>NORESPONDE 10</p> <p>NO SABE 99</p>

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.51 SEÑALES DE ALARMA DESPUÉS DEL PARTO

¿Qué señales de alarma conoce usted que le pueden dar a la mujer después del parto?

NO LEA Y CIRCULE TODAS
LAS QUE MENCIONE LA
ENTREVISTADA

- Sangrado vaginal abundante o permanente y/o con mal olor 1
- Fiebre 2
- Náuseas o vómito, dolor adominal de pechos o piernas 3
- Grietas o signos de infección en los pechos 4
- Otras (ESPECÍFIQUE) 5
- NORESPONDE 6
- NO SABE 9

ENTREVISTE A MUJER DE 15 A 49 AÑOS	
NOMBRE DE LA MUJER: _____	CLAVE DE RESIDENTE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
27.1 CONDICIÓN DE EMBARAZO ACTUAL ¿Actualmente está embarazada?	SÍ 1 NO 2 NO SABE 9 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-top: -20px;">→ PASE A 27.3</div>
27.2 MES DEL EMBARAZO ¿En qué mes de embarazo se encuentra?	MES _ NO SABE 9 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-top: -20px;">→ PASE A 27.4</div>
27.3 CONDICIÓN DE EMBARAZO ÚLTIMOS DOCE MESES ¿Estuvo embarazada en los últimos doce meses?	SÍ 1 NO 2 → <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: -20px;">PASE A 27.37</div>
27.4 CONDICIÓN DE REVISIÓN PRENATAL Después de que supo que estaba embarazada, ¿la ha revisado (revisó) alguien?	SÍ 1 NO 2 → <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: -20px;">PASE A 27.37</div>
27.5 MES DE LA PRIMERA REVISIÓN ¿En qué mes de su embarazo la revisaron por primera vez?	MES _ NO SABE 9
27.6 PERSONAL DE REVISIÓN PRENATAL ¿Durante el embarazo quién la revisa (revisó) o examina (examinó)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS</div>	MÉDICO 1 ENFERMERA 2 AUXILIAR DE SALUD 3 PROMOTORA DE SALUD 4 PARTERA 5 FAMILIAR O AMIGO 6 OTRO (ESPECIFIQUE) 7 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-top: -20px;">→ PASE A 27.9</div>
27.7 RECOMENDACIÓN DE CONSUMO DE PAPILLA ¿Le recomendó el médico o la enfermera el consumo del suplemento alimenticio (Nutrívita)?	SÍ 1 NO 2 NO RECUERDA 9
27.8 ENTREGA DE PAPILLA ¿Le entregó el médico o la enfermera sobres del suplemento alimenticio (Nutrívita)?	SÍ 1 NO 2 NO RECUERDA 9

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

<p>27.9 LUGAR DE REVISIÓN PRENATAL</p> <p>¿En dónde se hizo la primera revisión de su embarazo?</p>	<table> <tr><td>CLÍNICA U HOSPITAL (IMSS)</td><td>01</td></tr> <tr><td>CLÍNICA IMSS - SOLIDARIDAD</td><td>02</td></tr> <tr><td>CENTRO DE SALUD U HOSPITAL SSA</td><td>03</td></tr> <tr><td>AUXILIAR DE SALUD</td><td>04</td></tr> <tr><td>ISSSTE</td><td>05</td></tr> <tr><td>DIF</td><td>06</td></tr> <tr><td>OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO</td><td>07</td></tr> <tr><td>CLÍNICA U HOSPITAL PRIVADO</td><td>08</td></tr> <tr><td>CASA DE LA PARTERA</td><td>09</td></tr> <tr><td>CASA DE LA MUJER</td><td>10</td></tr> <tr><td>OTRO (ESPECIFIQUE)</td><td>11</td></tr> </table>	CLÍNICA U HOSPITAL (IMSS)	01	CLÍNICA IMSS - SOLIDARIDAD	02	CENTRO DE SALUD U HOSPITAL SSA	03	AUXILIAR DE SALUD	04	ISSSTE	05	DIF	06	OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO	07	CLÍNICA U HOSPITAL PRIVADO	08	CASA DE LA PARTERA	09	CASA DE LA MUJER	10	OTRO (ESPECIFIQUE)	11
CLÍNICA U HOSPITAL (IMSS)	01																						
CLÍNICA IMSS - SOLIDARIDAD	02																						
CENTRO DE SALUD U HOSPITAL SSA	03																						
AUXILIAR DE SALUD	04																						
ISSSTE	05																						
DIF	06																						
OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO	07																						
CLÍNICA U HOSPITAL PRIVADO	08																						
CASA DE LA PARTERA	09																						
CASA DE LA MUJER	10																						
OTRO (ESPECIFIQUE)	11																						

SÓLO MUJER QUE ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (NO APLICAR A MUJER EMBARAZADA ACTUALMENTE)

<p>27.10 NÚMERO DE REVISIONES PRENATALES</p> <p>¿Cuántas veces en total la revisaron durante ese embarazo?</p>	<table> <tr><td>NÚMERO DE VECES</td><td>_____</td></tr> <tr><td>NO SABE</td><td>99</td></tr> </table>	NÚMERO DE VECES	_____	NO SABE	99						
NÚMERO DE VECES	_____										
NO SABE	99										
<p>27.11 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO</p> <p>¿Cuántas de esas revisiones fueron por complicaciones del embarazo?</p>	<table> <tr><td>NÚMERO DE VECES</td><td>_____</td></tr> <tr><td>NINGUNA</td><td>00</td></tr> <tr><td>NO SABE</td><td>99</td></tr> </table>	NÚMERO DE VECES	_____	NINGUNA	00	NO SABE	99				
NÚMERO DE VECES	_____										
NINGUNA	00										
NO SABE	99										
<p>27.12 TOMA DE MUESTRA DE SANGRE</p> <p>¿Durante las revisiones le tomaron muestra de sangre?</p>	<table> <tr><td>SÍ</td><td>1</td></tr> <tr><td>NO</td><td>2</td></tr> <tr><td>NO SABE</td><td>9</td></tr> </table> <div style="text-align: right;"> → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 27.14</div> </div>	SÍ	1	NO	2	NO SABE	9				
SÍ	1										
NO	2										
NO SABE	9										
<p>27.13 INFORMACIÓN SOBRE HEMOGLOBINA</p> <p>¿Le informó el médico o la enfermera que tenía la hemoglobina normal, alta o baja?</p>	<table> <tr><td>NO LE INFORMÓ</td><td>0</td></tr> <tr><td>normal</td><td>1</td></tr> <tr><td>alta</td><td>2</td></tr> <tr><td>baja</td><td>3</td></tr> <tr><td>NORECUERDA</td><td>9</td></tr> </table>	NO LE INFORMÓ	0	normal	1	alta	2	baja	3	NORECUERDA	9
NO LE INFORMÓ	0										
normal	1										
alta	2										
baja	3										
NORECUERDA	9										
<p>27.14 TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>¿Durante las revisiones le tomaron la presión arterial?</p>	<table> <tr><td>SÍ</td><td>1</td></tr> <tr><td>NO</td><td>2</td></tr> <tr><td>NO SABE</td><td>9</td></tr> </table> <div style="text-align: right;"> → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 27.16</div> </div>	SÍ	1	NO	2	NO SABE	9				
SÍ	1										
NO	2										
NO SABE	9										
<p>27.15 INFORMACIÓN SOBRE PRESIÓN ARTERIAL</p> <p>¿Le informó el médico o la enfermera que tenía la presión arterial normal, alta o baja?</p>	<table> <tr><td>NO LE INFORMÓ</td><td>0</td></tr> <tr><td>normal</td><td>1</td></tr> <tr><td>alta</td><td>2</td></tr> <tr><td>baja</td><td>3</td></tr> <tr><td>NORECUERDA</td><td>9</td></tr> </table>	NO LE INFORMÓ	0	normal	1	alta	2	baja	3	NORECUERDA	9
NO LE INFORMÓ	0										
normal	1										
alta	2										
baja	3										
NORECUERDA	9										

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.16 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN PRENATAL

¿Durante las revisiones:

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE
EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NO SABE
a) le tomaron muestra de orina?	1	2	9
b) le aplicaron una vacuna contra el tétanos?	1	2	9
c) le recetaron pastillas de hierro?	1	2	9
d) la pesaron?	1	2	9
e) le midieron su útero (matriz)?	1	2	9
f) le hicieron la prueba para detectar sífilis (VDRL)? ..	1	2	9
g) le dieron resultado de su grupo sanguíneo?	1	2	9
h) le hicieron exploración de mamas?	1	2	9
i) le preguntaron si tenía sangrado durante su embarazo?	1	2	9
j) le preguntaron si tenía flujo vaginal durante su embarazo?	1	2	9
k) tiene sus citas programadas en su carnet de control prenatal?	1	2	9
l) le recomendaron la lactancia?	1	2	9
m) le ofrecieron algún método anticonceptivo al término de su embarazo?	1	2	9

27.17 FUMÓ DURANTE EL EMBARAZO

¿Fumó usted durante su embarazo?

SÍ 1
NO 2
NORECUERDA 9

27.18 PRODUCTOS DE EMBARAZO

¿Este embarazo fue múltiple, es decir, de gemelos, cuates, triates, etc.?

SÍ 1
NO 2 → PASE A 27.23

27.19 RESULTADO MÚLTIPLE DEL EMBARAZO

¿El resultado de este embarazo fue:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER
UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

todas las niñas o niños nacidos vivos? 1 → PASE A 27.21
al menos una niña o niño nacido vivo? 2
todas las niñas o niños nacidos muertos? 3
un aborto? 4 → PASE A 27.37

27.20 MORTINATOS

¿Cuántas niñas o niños de este embarazo nacieron muertos?

TOTAL DE NIÑOS NACIDOS MUERTOS |____|

27.21 NACIDOS VIVOS

¿Cuántas niñas o niños de este embarazo nacieron vivos?

TOTAL DE NIÑOS NACIDOS VIVOS |____|

27.22 ACTUALMENTE VIVOS

¿Cuántas niñas o niños de este embarazo viven actualmente?

TOTAL DE NIÑOS ACTUALMENTE VIVOS |____| → PASE A 27.24
TODOS 8
NINGUNO(A) 0 → PASE A 27.27

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.23 RESULTADO DEL EMBARAZO

¿El resultado de este embarazo fue:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER
UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

una niña o niño nacido vivo? 1

una niña o niño nacido muerto? 2

un aborto? 3

PASE A
27.37

27.24 IDENTIFICACIÓN

UN SÓLO
PRODUCTO
PREGUNTE



Por favor, dígame el nombre de la
niña o niño.

DOS O MÁS
PRODUCTOS
PREGUNTE



Por favor, dígame los nombres de
las niñas o niños de este
embarazo, que viven.

ÁREA SOMBRADA PARA USO
EXCLUSIVO DEL VALIDADOR

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

27.25 FECHA DE NACIMIENTO

¿En qué día, mes y año nació (nacieron)?

REFIÉRASE A PREGUNTA 3.8 Y
VACIE LA INFORMACIÓN
SOLICITADA

a) DÍA | |

NO SABE DÍA 99

b) MES | |

NO SABE MES 99

c) AÑO | |

NO SABE AÑO 99

27.26 CONFIRMACIÓN DE FECHA

¿Se verificó la fecha de nacimiento en el acta de
nacimiento u hoja de alumbramiento?

SÍ 1

NO 2

27.27 PERSONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO

¿Quién la atendió durante el parto?

MÉDICO 1

ENFERMERA 2

PARTERA 3

AUXILIAR DE SALUD 4

PROMOTORA DE SALUD 5

FAMILIAR O AMIGO 6

NADIE 7

OTRO (ESPECIFIQUE) 8

27.28 TIPO DE PARTO

¿El parto fue normal o cesárea?

Normal 1

Cesárea 2

NO SABE 9

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.29 LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO

¿Dónde la atendieron durante el parto?

CLÍNICA U HOSPITAL IMSS 01
 CLÍNICA IMSS-SOLIDARIDAD 02
 CENTRO DE SALUD U HOSPITAL SSA 03
 AUXILIAR DE SALUD 04
 ISSSTE 05
 DIF 06
 OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO 07
 CLÍNICA U HOSPITAL PRIVADO 08
 CASA DE LA PARTERA 09
 CASA DE LA MUJER 10
 OTRO (ESPECIFIQUE) 11

27.30 PESO AL NACER

UN SOLO
PRODUCTO
PREGUNTE



¿Cuánto pesó el(la) niño(a) de este embarazo al nacer?

DOS O MÁS
PRODUCTOS
PREGUNTE



¿Cuánto pesó el(la) primer(a) niño(a) de este embarazo al nacer?

SOLICITE A LA MADRE LA HOJA DE ALUMBRAMIENTO Y VERIFIQUE EL PESO

KILOS | |

GRAMOS | | | |

NO LO PESARON 9999 →

PASE A
27.33

27.31 CONFIRMACIÓN DE PESO

¿Se verificó el peso en la hoja de alumbramiento?

SÍ 1

NO 2

27.32 EDAD AL PESAR

¿A los cuántos días después de nacer su(s) hijo(a)(hijos) fue(ron) pesado(s)?

NÚMERO DE DÍAS | | |

EL PRIMER DÍA 01

27.33 LACTANCIA MATERNA

¿Alguna vez le dió pecho a este (estos) hijo(s) (aún por un periodo corto)?

SÍ 1

NO 2

AÚN TOMA PECHO 8



PASE A
27.35

27.34 TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA

¿Durante cuánto tiempo le dió pecho a este (estos) hijo(s)?

MESES | | |

MENOS DE UN MES 00

27.35 ABLACTACIÓN

¿Cuántos meses tenía(n) cuando comenzó a alimentarlo(a)(s) con otro tipo de alimentos (incluso fórmula o leche de vaca)?

MESES | | |

MENOS DE UN MES 00

NUNCA LE HA DADO OTRO ALIMENTO 98 →

PASE A
27.37

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

<div>27.36 CONSUMO DE LÍQUIDOS</div> <div>Antes de comenzar a darle otros alimentos o leches a su hijo(a), ¿le había dado algunos líquidos?</div>	<div>SÍ, TÉS 1</div> <div>SÍ, AGUA 2</div> <div>SÍ, AGUA AZUCARADA 3</div> <div>SÍ, OTRO (ESPECIFIQUE) 4</div> <div>NO 5</div>
APLICAR A MUJER (SIN CONSIDERAR CONDICIÓN DE EMBARAZO)	
<div>27.37 ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU</div> <div>En los últimos doce meses, ¿se hizo la prueba del Papanicolaou?</div>	<div>Sí 1</div> <div>NO 2</div> <div>NO SABE 9</div> <div>→ PASE A 27.40</div>
<div>27.38 TIEMPO DE ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU</div> <div>¿Hace cuántos meses se la hizo?</div>	<div>MESES </div> <div>NORECUERDA 99</div>
<div>27.39 RECEPCIÓN DE RESULTADO</div> <div>¿Ya recibió su resultado?</div>	<div>Sí 1</div> <div>NO 2</div> <div>↳ ¿PORQUÉ?</div> <div>.....</div>
<div>27.40 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</div> <div>¿Conoce o ha oído hablar de algún método para no embarazarse o tener hijos?</div>	<div>Sí 1</div> <div>NO 2</div> <div>NO SABE 9</div> <div>→ PASE A 27.42</div>

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.41 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS

¿De cuáles métodos ha oído hablar o conoce?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE LOS
CÓDIGOS QUE MENCIONE LA
ENTREVISTADA.

Pastillas o píldoras	01
Dispositivo, DIU o aparatito	02
Inyecciones	03
Norplant, tubitos o implantes	04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	05
Condón o preservativo	06
Operación femenina u OTB	07
Operación masculina o vasectomía	08
Ritmo, calendario, abstinencia Periódica, termómetro, billings	09
Retiro o coito interrumpido	10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual)	11
Histerectomía	12
No usar nada	13
Otro (ESPECIFIQUE)	14
NORESPONDE	99

27.42 EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

EDAD | | |

NO HATENIDO 00 →

NO SABE 99

PASE A
27.45

27.43 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

a) La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿Qué hizo usted o su pareja para evitar el embarazo o una enfermedad?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE
LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE LA
ENTREVISTADA EN LA COLUMNA
"ESPONTÁNEA".

b) ¿Cuáles métodos anticonceptivos le ayudan a evitar el SIDA?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE
LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE LA
ENTREVISTADA EN LA COLUMNA
"SIDA"

	Espontánea	SIDA
Pastillas o píldoras	01	01
Dispositivo, DIU o aparatito	02	02
Inyecciones	03	03
Norplant, tubitos o implantes	04	04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	05	05
Condón o preservativo	06	06
Operación femenina u OTB	07	07
Operación masculina o vasectomía	08	08
Ritmo, calendario, abstinencia Periódica, termómetro, billings	09	09
Retiro o coito interrumpido	10	10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual)	11	11
Histerectomía	12	12
No usaron nada	13	13
Otro (ESPECIFIQUE)	14	14
NORESPONDE	99	99

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

<p>27.44 DECISIÓN DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO</p> <p>¿Quién decide qué método anticonceptivo usar?</p>	<p>ELLA 1</p> <p>SUPAREJA 2</p> <p>LOS DOS 3</p>
<p>27.45 EMBARAZO EN PRIMERA RELACIÓN</p> <p>¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.46 MEJOR EDAD PARA EMBARAZO DE LA MUJER</p> <p>Dados los problemas que puede haber en el embarazo, ¿la mejor edad para que una mujer se embarace es antes de los 20 años?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.47 TIEMPO DE ESPERA ENTRE EMBARAZOS</p> <p>¿Es recomendable que las mujeres dejen pasar por lo menos 2 años entre un embarazo y el siguiente?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.48 AFECTACIÓN DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿El consumo de tabaco afecta el desarrollo del bebé durante el embarazo?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.49 AFECTACIÓN DEL ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿El consumo de alcohol afecta el desarrollo del bebé durante el embarazo?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.50 SEÑALES DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿Qué señales de alarma durante el embarazo conoce usted?</p> <div data-bbox="305 1501 576 1585" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>NO LEA Y CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA</p> </div>	<p>Sangrado vaginal y cólicos 01</p> <p>Hinchazón de cara, brazos o piernas 02</p> <p>Dolor de cabeza, zumbido de oídos o ver lucécitas . 03</p> <p>Vómitos abundantes 04</p> <p>Palidez intensa en la cara interna de los párpados o lengua 05</p> <p>Fiebre o calentura 06</p> <p>Poco o exagerado aumento de peso 07</p> <p>Disminución o ausencia de movimientos del bebé 08</p> <p>Otras (ESPECÍFIQUE) 09</p> <p>NO RESPONDE 10</p> <p>NO SABE 99</p>

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.51 SEÑALES DE ALARMA DESPUÉS DEL PARTO

¿Qué señales de alarma conoce usted que le pueden dar a la mujer después del parto?

NO LEA Y CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA

- Sangrado vaginal abundante o permanente y/o con mal olor 1
- Fiebre 2
- Náuseas o vómito, dolor adominal de pechos o piernas 3
- Grietas o signos de infección en los pechos 4
- Otras (ESPECÍFIQUE) 5
- NORESPONDE 6
- NO SABE 9

ENTREVISTE A MUJER DE 15 A 49 AÑOS

NOMBRE DE LA MUJER:

CLAVE DE RESIDENTE

27.1 CONDICIÓN DE EMBARAZO ACTUAL

¿Actualmente está embarazada?

Sí 1
NO 2
NO SABE 9 → PASE A 27.3

27.2 MES DEL EMBARAZO

¿En qué mes de embarazo se encuentra?

MES
NO SABE 9 → PASE A 27.4

27.3 CONDICIÓN DE EMBARAZO ÚLTIMOS DOCE MESES

¿Estuvo embarazada en los últimos doce meses?

SÍ 1
NO 2 → PASE A 27.37

27.4 CONDICIÓN DE REVISIÓN PRENATAL

Después de que supo que estaba embarazada, ¿la ha revisado (revisó) alguien?

SÍ 1
NO 2 → PASE A 27.37

27.5 MES DE LA PRIMERA REVISIÓN

¿En qué mes de su embarazo la revisaron por primera vez?

MES
NO SABE 9

27.6 PERSONAL DE REVISIÓN PRENATAL

¿Durante el embarazo quién la revisa (revisó) o examina (examinó)?

CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS

MÉDICO 1
ENFERMERA 2
AUXILIAR DE SALUD 3
PROMOTORA DE SALUD 4
PARTERA 5
FAMILIAR O AMIGO 6
OTRO (ESPECIFIQUE) 7 → PASE A 27.9

27.7 RECOMENDACIÓN DE CONSUMO DE PAPILLA

¿Le recomendó el médico o la enfermera el consumo del suplemento alimenticio (Nutrivida)?

Sí 1
NO 2
NO RECUERDA 9

27.8 ENTREGA DE PAPILLA

¿Le entregó el médico o la enfermera sobres del suplemento alimenticio (Nutrivida)?

Sí 1
NO 2
NO RECUERDA 9

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.9 LUGAR DE REVISIÓN PRENATAL

¿En dónde se hizo la primera revisión de su embarazo?

- CLÍNICA U HOSPITAL (IMSS) 01
- CLÍNICA IMSS- SOLIDARIDAD 02
- CENTRO DE SALUD U HOSPITAL SSA 03
- AUXILIAR DE SALUD 04
- ISSSTE 05
- DIF 06
- OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO 07
- CLÍNICA U HOSPITAL PRIVADO 08
- CASA DE LA PARTERA 09
- CASA DE LA MUJER 10
- OTRO (ESPECIFIQUE) 11

SÓLO MUJER QUE ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (NO APLICAR A MUJER EMBARAZADA ACTUALMENTE)

27.10 NÚMERO DE REVISIONES PRENATALES

¿Cuántas veces en total la revisaron durante ese embarazo?

- NÚMERO DE VECES | | |
- NO SABE 99

27.11 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

¿Cuántas de esas revisiones fueron por complicaciones del embarazo?

- NÚMERO DE VECES | | |
- NINGUNA 00
- NO SABE 99

27.12 TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

¿Durante las revisiones le tomaron muestra de sangre?

- SÍ 1
- NO 2
- NO SABE 9
- PASE A 27.14

27.13 INFORMACIÓN SOBRE HEMOGLOBINA

¿Le informó el médico o la enfermera que tenía la hemoglobina normal, alta o baja?

- NO LE INFORMÓ 0
- normal 1
- alta 2
- baja 3
- NORECUERDA 9

27.14 TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

¿Durante las revisiones le tomaron la presión arterial?

- SÍ 1
- NO 2
- NO SABE 9
- PASE A 27.16

27.15 INFORMACIÓN SOBRE PRESIÓN ARTERIAL

¿Le informó el médico o la enfermera que tenía la presión arterial normal, alta o baja?

- NO LE INFORMÓ 0
- normal 1
- alta 2
- baja 3
- NORECUERDA 9

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

<p>27.16 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN PRENATAL</p> <p>¿Durante las revisiones:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 100px; text-align: center;"> LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE </div>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) le tomaron muestra de orina?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>b) le aplicaron una vacuna contra el tétanos?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>c) le recetaron pastillas de hierro?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>d) la pesaron?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>e) le midieron su útero (matriz)?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>f) le hicieron la prueba para detectar sífilis (VDRL)? ..</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>g) le dieron resultado de su grupo sanguíneo?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>h) le hicieron exploración de mamas?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>i) le preguntaron si tenía sangrado durante su embarazo?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>j) le preguntaron si tenía flujo vaginal durante su embarazo?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>k) tiene sus citas programadas en su carnet de control prenatal?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>l) le recomendaron la lactancia?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>m) le ofrecieron algún método anticonceptivo al término de su embarazo?</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NO SABE	a) le tomaron muestra de orina?	1	2	9	b) le aplicaron una vacuna contra el tétanos?	1	2	9	c) le recetaron pastillas de hierro?	1	2	9	d) la pesaron?	1	2	9	e) le midieron su útero (matriz)?	1	2	9	f) le hicieron la prueba para detectar sífilis (VDRL)? ..	1	2	9	g) le dieron resultado de su grupo sanguíneo?	1	2	9	h) le hicieron exploración de mamas?	1	2	9	i) le preguntaron si tenía sangrado durante su embarazo?	1	2	9	j) le preguntaron si tenía flujo vaginal durante su embarazo?	1	2	9	k) tiene sus citas programadas en su carnet de control prenatal?	1	2	9	l) le recomendaron la lactancia?	1	2	9	m) le ofrecieron algún método anticonceptivo al término de su embarazo?	1	2	9
	SÍ	NO	NO SABE																																																						
a) le tomaron muestra de orina?	1	2	9																																																						
b) le aplicaron una vacuna contra el tétanos?	1	2	9																																																						
c) le recetaron pastillas de hierro?	1	2	9																																																						
d) la pesaron?	1	2	9																																																						
e) le midieron su útero (matriz)?	1	2	9																																																						
f) le hicieron la prueba para detectar sífilis (VDRL)? ..	1	2	9																																																						
g) le dieron resultado de su grupo sanguíneo?	1	2	9																																																						
h) le hicieron exploración de mamas?	1	2	9																																																						
i) le preguntaron si tenía sangrado durante su embarazo?	1	2	9																																																						
j) le preguntaron si tenía flujo vaginal durante su embarazo?	1	2	9																																																						
k) tiene sus citas programadas en su carnet de control prenatal?	1	2	9																																																						
l) le recomendaron la lactancia?	1	2	9																																																						
m) le ofrecieron algún método anticonceptivo al término de su embarazo?	1	2	9																																																						
<p>27.17 FUMÓ DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿Fumó usted durante su embarazo?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NORECUERDA 9</p>																																																								
<p>27.18 PRODUCTOS DE EMBARAZO</p> <p>¿Este embarazo fue múltiple, es decir, de gemelos, cuates, triates, etc.?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2 → PASE A 27.23</p>																																																								
<p>27.19 RESULTADO MÚLTIPLE DEL EMBARAZO</p> <p>¿El resultado de este embarazo fue:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div>	<p>todas las niñas o niños nacidos vivos? 1 → PASE A 27.21</p> <p>al menos una niña o niño nacido vivo? 2</p> <p>todas las niñas o niños nacidos muertos? 3</p> <p>un aborto? 4 → PASE A 27.37</p>																																																								
<p>27.20 MORTINATOS</p> <p>¿Cuántas niñas o niños de este embarazo nacieron muertos?</p>	<p>TOTAL DE NIÑOS NACIDOS MUERTOS __ </p>																																																								
<p>27.21 NACIDOS VIVOS</p> <p>¿Cuántas niñas o niños de este embarazo nacieron vivos?</p>	<p>TOTAL DE NIÑOS NACIDOS VIVOS __ </p>																																																								
<p>27.22 ACTUALMENTE VIVOS</p> <p>¿Cuántas niñas o niños de este embarazo viven actualmente?</p>	<p>TOTAL DE NIÑOS ACTUALMENTE VIVOS __ </p> <p>TODOS 8 → PASE A 27.24</p> <p>NINGUNO(A) 0 → PASE A 27.27</p>																																																								

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.23 RESULTADO DEL EMBARAZO

¿El resultado de este embarazo fue:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER
UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- una niña o niño nacido vivo? 1
una niña o niño nacido muerto? 2
un aborto? 3

PASE A
27.37

27.24 IDENTIFICACIÓN

UN SÓLO
PRODUCTO
PREGUNTE



Por favor, dígame el nombre de la
niña o niño.

DOS O MÁS
PRODUCTOS
PREGUNTE



Por favor, dígame los nombres de
las niñas o niños de este
embarazo, que viven.

ÁREA SOMBREADA PARA USO
EXCLUSIVO DEL VALIDADOR

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

NOMBRE

CLAVE DE RESIDENTE

27.25 FECHA DE NACIMIENTO

¿En qué día, mes y año nació (nacieron)?

REFIÉRASE A PREGUNTA 3.8 Y
VACIE LA INFORMACIÓN
SOLICITADA

- a) DÍA
NO SABE DÍA 99
b) MES
NO SABE MES 99
c) AÑO
NO SABE AÑO 99

27.26 CONFIRMACIÓN DE FECHA

¿Se verificó la fecha de nacimiento en el acta de
nacimiento u hoja de alumbramiento?

- SÍ 1
NO 2

27.27 PERSONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO

¿Quién la atendió durante el parto?

- MÉDICO 1
ENFERMERA 2
PARTERA 3
AUXILIAR DE SALUD 4
PROMOTORA DE SALUD 5
FAMILIAR O AMIGO 6
NADIE 7
OTRO (ESPECIFIQUE) 8

27.28 TIPO DE PARTO

¿El parto fue normal o cesárea?

- Normal 1
Cesárea 2
NO SABE 9

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.29 LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO

¿Dónde la atendieron durante el parto?

CLÍNICA U HOSPITAL IMSS 01

CLÍNICA IMSS-SOLIDARIDAD 02

CENTRO DE SALUD U HOSPITAL SSA 03

AUXILIAR DE SALUD 04

ISSSTE 05

DIF 06

OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO 07

CLÍNICA U HOSPITAL PRIVADO 08

CASA DE LA PARTERA 09

CASA DE LA MUJER 10

OTRO (ESPECIFIQUE) 11

27.30 PESO AL NACER

UN SOLO PRODUCTO PREGUNTE → ¿Cuánto pesó el(la) niño(a) de este embarazo al nacer?

DOS O MÁS PRODUCTOS PREGUNTE → ¿Cuánto pesó el(la) primer(a) niño(a) de este embarazo al nacer?

SOLICITE A LA MADRE LA HOJA DE ALUMBRAMIENTO Y VERIFIQUE EL PESO

KILOS | | |

GRAMOS | | | |

NO LO PESARON 9999 → PASE A 27.33

27.31 CONFIRMACIÓN DE PESO

¿Se verificó el peso en la hoja de alumbramiento?

SÍ 1

NO 2

27.32 EDAD AL PESAR

¿A los cuántos días después de nacer su(s) hijo(a)(hijos) fue(ron) pesado(s)?

NÚMERO DE DÍAS | | |

EL PRIMER DÍA 01

27.33 LACTANCIA MATERNA

¿Alguna vez le dió pecho a este (estos) hijo(s) (aún por un periodo corto)?

SÍ 1

NO 2

AÚN TOMA PECHO 8

→ PASE A 27.35

27.34 TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA

¿Durante cuánto tiempo le dió pecho a este (estos) hijo(s)?

MESES | | |

MENOS DE UN MES 00

27.35 ABLACTACIÓN

¿Cuántos meses tenía(n) cuando comenzó a alimentarlo(a)(s) con otro tipo de alimentos (incluso fórmula o leche de vaca)?

MESES | | |

MENOS DE UN MES 00

NUNCA LE HADADO OTRO ALIMENTO 98 → PASE A 27.37

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.36 CONSUMO DE LÍQUIDOS

Antes de comenzar a darle otros alimentos o leches a su hijo(a), ¿le había dado algunos líquidos?

- SÍ, TÉS 1
- SÍ, AGUA 2
- SÍ, AGUA AZUCARADA 3
- SÍ, OTRO (ESPECIFIQUE) 4
- NO 5

APLICAR A MUJER (SIN CONSIDERAR CONDICIÓN DE EMBARAZO)

27.37 ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

En los últimos doce meses, ¿se hizo la prueba del Papanicolaou?

- SÍ 1
- NO 2
- NO SABE 9

→ PASE A
27.40

27.38 TIEMPO DE ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

¿Hace cuántos meses se la hizo?

MESES | | |

NORECUERDA 99

27.39 RECEPCIÓN DE RESULTADO

¿Ya recibió su resultado?

- SÍ 1
- NO 2
- ↳ ¿PORQUÉ?
-

27.40 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

¿Conoce o ha oído hablar de algún método para no embarazarse o tener hijos?

- SÍ 1
- NO 2
- NO SABE 9

→ PASE A
27.42

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.41 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS

¿De cuáles métodos ha oído hablar o conoce?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE LOS CÓDIGOS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA.

Pastillas o píldoras	01
Dispositivo, DIU o aparatito	02
Inyecciones	03
Norplant, tubitos o implantes	04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	05
Condón o preservativo	06
Operación femenina u OTB	07
Operación masculina o vasectomía	08
Ritmo, calendario, abstinencia Periódica, termómetro, billings	09
Retiro o coito interrumpido	10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual)	11
Histerectomía	12
No usar nada	13
Otro (ESPECIFIQUE)	14
NORESPONDE	99

27.42 EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

EDAD | | |

NO HATENIDO 00 →

PASE A 27.45

NO SABE 99

27.43 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

a) La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿Qué hizo usted o su pareja para evitar el embarazo o una enfermedad?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE LA ENTREVISTADA EN LA COLUMNA "ESPONTÁNEA".

b) ¿Cuáles métodos anticonceptivos le ayudan a evitar el SIDA?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE LA ENTREVISTADA EN LA COLUMNA "SIDA"

	Espontánea	SIDA
Pastillas o píldoras	01	01
Dispositivo, DIU o aparatito	02	02
Inyecciones	03	03
Norplant, tubitos o implantes	04	04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	05	05
Condón o preservativo	06	06
Operación femenina u OTB	07	07
Operación masculina o vasectomía	08	08
Ritmo, calendario, abstinencia Periódica, termómetro, billings	09	09
Retiro o coito interrumpido	10	10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual)	11	11
Histerectomía	12	12
No usaron nada	13	13
Otro (ESPECIFIQUE)	14	14
NORESPONDE	99	99

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

<p>27.44 DECISIÓN DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO</p> <p>¿Quién decide qué método anticonceptivo usar?</p>	<p>ELLA 1</p> <p>SUPAREJA 2</p> <p>LOS DOS 3</p>
<p>27.45 EMBARAZO EN PRIMERA RELACIÓN</p> <p>¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.46 MEJOR EDAD PARA EMBARAZO DE LA MUJER</p> <p>Dados los problemas que puede haber en el embarazo, ¿la mejor edad para que una mujer se embarace es antes de los 20 años?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.47 TIEMPO DE ESPERA ENTRE EMBARAZOS</p> <p>¿Es recomendable que las mujeres dejen pasar por lo menos 2 años entre un embarazo y el siguiente?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.48 AFECTACIÓN DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿El consumo de tabaco afecta el desarrollo del bebé durante el embarazo?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.49 AFECTACIÓN DEL ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿El consumo de alcohol afecta el desarrollo del bebé durante el embarazo?</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 9</p>
<p>27.50 SEÑALES DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>¿Qué señales de alarma durante el embarazo conoce usted?</p> <div data-bbox="297 1501 568 1585" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>NO LEA Y CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA</p> </div>	<p>Sangrado vaginal y cólicos 01</p> <p>Hinchazón de cara, brazos o piernas 02</p> <p>Dolor de cabeza, zumbido de oídos o ver lucecitas . 03</p> <p>Vómitos abundantes 04</p> <p>Palidez intensa en la cara interna de los párpados o lengua 05</p> <p>Fiebre o calentura 06</p> <p>Poco o exagerado aumento de peso 07</p> <p>Disminución o ausencia de movimientos del bebé 08</p> <p>Otras (ESPECÍFIQUE) 09</p> <p>NORESPONDE 10</p> <p>NO SABE 99</p>

XXVII. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PARA MUJER DE 15 A 49 AÑOS

27.51 SEÑALES DE ALARMA DESPUÉS DEL PARTO

¿Qué señales de alarma conoce usted que le pueden dar a la mujer después del parto?

NO LEA Y CIRCULE TODAS
LAS QUE MENCIONE LA
ENTREVISTADA

- Sangrado vaginal abundante o permanente y/o con mal olor 1
- Fiebre 2
- Náuseas o vómito, dolor adominal de pechos o piernas 3
- Grietas o signos de infección en los pechos 4
- Otras (ESPECÍFIQUE) 5
- NORESPONDE 6
- NO SABE 9

XXVIII. HOGAR NO ENCONTRADO

ESTE MÓDULO DEBERÁ LLENARSE EN CASO DE NO ENCONTRAR NINGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ORIGINAL

PARA PRIMER INFORMANTE

28.1 NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR ORIGINAL

¿Sabe usted cómo se llamaba el jefe del hogar?

Sí 1

¿Me puede decir cuál era?

NO 2

28.2 RAZÓN DE CAMBIO DE RESIDENCIA

¿Sabe usted por qué se mudó el hogar?

Sí 1

¿Cuál fue la razón?

NO 2

28.3 DOMICILIO ACTUAL DEL HOGAR ORIGINAL

¿Sabe usted cuál es la dirección del hogar?

Sí 1

DIRECCIÓN

.....

TELÉFONO:

NO 2

28.4 DATOS DEL PRIMER INFORMANTE

¿Qué es el hogar de usted?

RELACIÓN CON EL ENTREVISTADO

PARIENTE 1

EMPLEADOR/PATRÓN 2

AMIGO/VECINO 3

DATOS DEL PRIMER INFORMANTE

NOMBRE:

RELACIÓN CON EL ENTREVISTADO: []

DIRECCIÓN

.....

TELÉFONO:

28.5 CONTACTO CON SEGUNDO INFORMANTE

¿Hay alguien más en esta localidad que pueda dar información del paradero del hogar?

Sí 1 ➡

LOCALICE A
SEGUNDO
INFORMANTE

NO 2 ➡

AGRADEZCA
Y TERMINE

XXVIII. HOGAR NO ENCONTRADO

PARA SEGUNDO INFORMANTE

28.6 NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR ORIGINAL

¿Sabe usted cómo se llamaba el jefe del hogar?

Sí 1

¿Me puede decir cuál era?

NO 2

28.7 RAZÓN DE CAMBIO DE RESIDENCIA

¿Sabe usted por qué se mudó el hogar?

Sí 1

¿Cuál fue la razón?

NO 2

28.8 DOMICILIO ACTUAL DEL HOGAR ORIGINAL

¿Sabe usted cuál es la dirección del hogar?

Sí 1

DIRECCIÓN

TELÉFONO:

NO 2

28.9 DATOS DEL SEGUNDO INFORMANTE

¿Qué es el hogar de usted?

RELACIÓN CON EL ENTREVISTADO

PARIENTE 1

EMPLEADOR/PATRÓN 2

AMIGO/VECINO 3

DATOS DEL SEGUNDO INFORMANTE

NOMBRE:

RELACIÓN CON EL ENTREVISTADO: |____|

DIRECCIÓN

TELÉFONO:

XXIX. MIEMBRO AUSENTE DEL HOGAR

SÓLO MIEMBROS AUSENTES					
IDENTIFICACIÓN				RAZONES DE PARTIDA	
<div>29.1</div> <div>¿Cómo se llama el miembro ausente?</div> <div>ANOTE A LAS PERSONAS QUE APARECEN EN EL LISTADO Y QUE YA NO VIVAN O FORMEN PARTE DE ESTE HOGAR, DE ACUERDO AL ORDEN EN EL QUE APARECEN EN LA LISTA</div> <div>EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR</div>				<div>29.2</div> <div>¿(NOMBRE) vive en otro lugar por qué está:</div> <div>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> <div>estudiando? 1</div> <div>trabajando? 2</div> <div>otra razón? (ESPECIFIQUE) 3</div> <div>murió? 4</div> <div>Vive en esta vivienda, pero forma parte de otro hogar 5</div> <div>NO SABE 9</div> <div>APLIQUE CUESTIONARIO SOCIOECONÓMICO</div> <div>PASE A LA SIGUIENTE PERSONA O AGRADEZCA Y TERMINE LA ENTREVISTA</div>	
NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	CLAVE DE RESIDENTE	CÓDIGO	ESPECIFIQUE

SÓLO MIEMBROS AUSENTES											
FECHA DE PARTIDA				ÚLTIMA VISITA				PRÓXIMA VISITA			
29.3 ¿Cuándo se fue (NOMBRE) del hogar?				29.4 ¿Cuándo fue la última vez que (NOMBRE) visitó el hogar?				29.5 ¿Cuándo (NOMBRE) visitará el hogar?			
<div>→</div>				<div>→</div>				<div>→</div>			
DÍA	MES	AÑO	NO SABE	DÍA	MES	AÑO	NO SABE	DÍA	MES	AÑO	NO SABE
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9
<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9	<div>_____</div>	<div>_____</div>	<div>_____</div>	9

XXIX. MIEMBRO AUSENTE DEL HOGAR

SÓLO MIEMBROS AUSENTES					
DOMICILIO ACTUAL DEL MIEMBRO AUSENTE			DOMICILIO ACTUAL DEL TRABAJO DEL MIEMBRO AUSENTE		
29.6 ¿Cuál es la dirección y teléfono de (NOMBRE)?			29.7 ¿Cuál es la dirección y teléfono donde trabaja actualmente (NOMBRE)?		
<div></div>			<div></div>		
DIRECCIÓN	TELÉFONO	NO SABE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	NO SABE
		9			9
		9			9
		9			9
		9			9
		9			9
		9			9
		9			9
		9			9
		9			9
		9			9

XXIX. MIEMBRO AUSENTE DEL HOGAR

SÓLO MIEMBROS AUSENTES	
LUGAR DE DESTINO	PARENTESCO
<div>29.8</div> <div>¿(NOMBRE) vive actualmente:</div> <div><div>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div><div>en la misma localidad? 1</div><div>en el mismo municipio? 2</div><div>en el mismo estado? 3</div><div>en el país? 4</div><div>en los Estados Unidos? 5</div><div>en Canadá? 6</div><div>en otro país? 7</div><div>NO SABE 9</div><div><div>→</div></div></div>	<div>29.9</div> <div>¿Qué es (NOMBRE) del jefe del hogar?</div> <div><div>Espos(a) o pareja 2</div><div>Hijo(a) 3</div><div>Padre o madre 4</div><div>Abuelo(a) 5</div><div>Hermano(a) 6</div><div>Nieto(a) 7</div><div>Otro parentesco 8</div><div>No tiene parentesco 9</div><div><div><div>PASE A LA SIGUIENTE PERSONA O AGRADEZCA Y TERMINE LA ENTREVISTA</div></div><div><div>←</div></div></div></div>
LUGAR DE DESTINO	PARENTESCO
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>
<div> _ _ _ </div>	<div> _ _ _ </div>

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 Geográfica 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 este lo autorice."

En referencia directa al **Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor**, "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos 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

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

RECUADRO DE CONTROL

	SUPERVISADO POR	VALIDADO POR	CAPTURADO POR
NOMBRE			
CLAVE	_____	_____	_____
FECHA (ddmmaa)	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____

[illegible]

1