



# Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2003

## Cuestionario de Características Socioeconómicas de los Hogares

FOLIO DE CUESTIONARIO

TABLA: tbl\_hogares

### 1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_ **entidad** \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO O DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ **municip** \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD \_\_\_\_\_ **localid** \_\_\_\_\_  
CLAVE DE AGEB ..... \_\_\_\_\_  
MANZANA ..... \_\_\_\_\_  
ESTRATO ..... \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE UPM ..... \_\_\_\_\_  
CIUDAD ..... \_\_\_\_\_

### 3. FOLIO DE LA VIVIENDA

\_\_\_\_\_ **id\_hogar** \_\_\_\_\_

### 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 (*)	<b>res1</b>	<b>res2</b>	<b>res3</b>
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 **S00B07**

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	<b>id_pera1</b>	<b>res_sua1</b>
ADOLESCENTE DE 10 A 21 AÑOS	<b>id_pera2</b>	<b>res_sua2</b>
ADOLESCENTE DE 10 A 21 AÑOS	<b>id_pera3</b>	<b>res_sua3</b>
MUJER DE 15 A 49 AÑOS	<b>id_perm1</b>	<b>res_sum1</b>
MUJER DE 15 A 49 AÑOS	<b>id_perm2</b>	<b>res_sum2</b>
MUJER DE 15 A 49 AÑOS	<b>id_perm3</b>	<b>res_sum3</b>

## 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 \_\_\_\_\_

TABLA: tbl\_hogares

### I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1.1 PISO <b>S01B01</b> ¿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 <b>S01B02</b> ¿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 <b>S29P08 S01B03</b> ¿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 <b>S01B04</b> ¿Cuántos cuartos se usan para dormir sin contar pasillos?	CUARTOS DORMITORIO .....
1.5 NÚMERO DE CUARTOS <b>S01B05</b> Sin contar pasillos, baños ni cocina, ¿cuántos cuartos tiene en total esta vivienda?	TOTAL DE CUARTOS .....

# I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

TABLA: tbl\_hogares

<p>1.6 COCINA <span style="float: right;">S01B06</span></p> <p>¿Las personas de este hogar preparan los alimentos:</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>1.7 COCINA EXCLUSIVA <span style="float: right;">S01B07</span></p> <p>¿La cocina o sitio para preparar los alimentos es:</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>1.8 AGUA ENTUBADA <span style="float: right;">S01B08</span></p> <p>¿Llega el agua entubada al terreno?</p>
<p>1.9 AGUA ENTUBADA <span style="float: right;">S01B09</span></p> <p>¿Llega el agua entubada al interior de la vivienda?</p>
<p>1.10 OBTENCIÓN DE AGUA <span style="float: right;">S01B10</span></p> <p>¿De dónde toman el agua para preparar los alimentos?</p>
<p>1.11 TRATAMIENTO DE AGUA <span style="float: right;">S01B1101</span></p> <p>¿Qué tratamiento le hacen al agua que usan para beber?</p> <p style="text-align: right;"><span style="color: red;">S01B1102</span></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;">             CIRCULE HASTA DOS CÓDIGOS         </div>
<p>1.12 SERVICIO SANITARIO <span style="float: right;">S01B12</span></p> <p>¿Esta vivienda tiene:</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>en un cuarto que se usa sólo para cocinar? ..... 1</p> <p>en un cuarto que se usa también para dormir? ..... 2</p> <p>en una sala-comedor con fregadero? ..... 3</p> <p>en una sala-comedor sin fregadero? ..... 4</p>
<p>de uso exclusivo de las personas del hogar? ..... 1</p> <p>compartida con personas de otros hogares? ..... 2</p>
<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">PASE A 1.10</div></p>
<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">PASE A 1.11</div></p>
<p>Agua por pipa del servicio público ..... 1</p> <p>Agua por pipa del servicio particular ..... 2</p> <p>Pozo ..... 3</p> <p>Agua por acarreo ..... 4</p> <p>Otro ..... 5</p>
<p>La usan tal como la obtienen ..... 1</p> <p>La hierven ..... 2</p> <p>Le echan cloro ..... 3</p> <p>Utilizan filtros ..... 4</p> <p>Compran agua embotellada o en garrafones ..... 5</p> <p>Le agregan plata coloidal ..... 6</p> <p>Usan otro desinfectante ..... 7</p> <p>NO SABE ..... 9</p>
<p>excusado o sanitario? ..... 1</p> <p>letrina o retrete? ..... 2</p> <p>fosa? ..... 3</p> <p>hoyo negro o pozo ciego? ..... 4</p> <p>¿No tienen servicio sanitario (hacen en el suelo, corral, establo, playa, etcétera)? ..... 5 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">PASE A 1.14</div></p>

## I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

TABLA: tbl\_hogares

<p>1.13 CONEXIÓN DE AGUA <span style="float: right;">S01B13</span></p> <p>¿Tiene el(la) (NOMBRE DEL SERVICIO SANITARIO DE 1.12) conexión de agua?</p>
<p>1.14 DRENAJE <span style="float: right;">S01B14</span></p> <p>¿La vivienda cuenta con desagüe de aguas sucias?</p>
<p>1.15 COMBUSTIBLE PARA COCINAR <span style="float: right;">S01B15</span></p> <p>¿El combustible que más usan para cocinar es:</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>1.16 ELIMINACIÓN DE BASURA <span style="float: right;">S01B16</span></p> <p>¿La basura de esta vivienda:</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>1.17 TENENCIA <span style="float: right;">S01B17</span></p> <p>¿Esta vivienda es:</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>1.18 USO DE VIVIENDA <span style="float: right;">S01B18</span></p> <p>¿Alguna parte o la totalidad de esta vivienda es usada en un negocio o en actividades agrícolas familiares?</p>

SÍ ..... 1

NO ..... 2

SÍ ..... 1

NO ..... 2

electricidad? ..... 1

carbón? ..... 2

petróleo o gasolina? ..... 3

leña? ..... 4

gas? ..... 5

otro? ..... 6

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

de alguna persona que vive en este hogar? ... 1

rentada? ..... 2

prestada? ..... 3

la cuidan? ..... 4

en otra situación? ..... 5

SÍ ..... 1

NO ..... 2

## II. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

TABLA: tbl\_hogares

<p>2.1 NÚMERO DE PERSONAS EN LA VIVIENDA <span style="float: right;">S02B01</span></p> <p>¿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.)</p>
<p>2.2 GASTO COMÚN <span style="float: right;">S02B02</span></p> <p>Las (TOTAL DE PERSONAS) personas que viven en esta vivienda, ¿comparten un mismo gasto para la comida?</p>

TOTAL DE PERSONAS ..... | | |

SÍ ..... 1 →

NO ..... 2

PASE A  
2.4

## II. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

TABLA: tbl\_hogares

2.3 NÚMERO DE HOGARES

S02B03

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

S02B04

¿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: ..... S02B0602 |\_\_\_\_|

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

SEGUNDO CONTACTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL ENTREVISTADO: ..... S02B0606 |\_\_\_\_|

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

2.7 SELECCIÓN DE PROGRAMA

S02B07

¿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>											
id_pers											
<div></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>											

3.1

NÚMERO DE RESPONDIENTE

IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR						
SEXO		IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS MIEMBROS				
3.5 ¿(NOMBRE) es hombre o mujer?		3.6 <div>NO APLICAR A NUEVO HOGAR</div> <p>¿Hay otras personas que vivan en este hogar además de las que le he mencionado?, no olvide incluir a los niños chiquitos, a los ancianos y a los empleados domésticos que duermen aquí.</p> <p>Sí ..... 1</p> <p>¿Me podría dar sus nombres? S03B06 TABLA: tbl_hogares</p> <div>REGRESE A LA PREGUNTA 3.2 Y ANOTE LOS NUEVOS MIEMBROS Y PREGUNTE 3.3 A 3.5 PARA CADA MIEMBRO NUEVO</div> <p>NO ..... 2</p>				
VERIFICACIÓN DE LA LISTA						
S02B01 TABLA: tbl_hogares Entonces, ¿son  _ _ _  personas las que forman este hogar?						
Sí ..... 1 NO ..... 2 → <div>VERIFIQUE Y CORRIJA LA LISTA</div>						
PARA TODAS LAS PERSONAS						
FECHA DE NACIMIENTO						
sexo ↓		3.8 ¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?				
		<div>SOLICITE LAS ACTAS DE NACIMIENTO O DOCUMENTO COMPROBATORIO</div>				
	HOMBRE	MUJER	S03B0801 DÍA	S03B0802 MES	S03B0803 AÑO	S03B0804 NOSABE
	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

III. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

PARA TODAS LAS PERSONAS	
PARENTESCO	
3.9	
¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar?	
Jefe o jefa .....	01
Esposo(a) o cónyuge .....	02
Hijo(a) .....	03
Padre o madre .....	04
Abuelo(a) .....	05
Hermano(a) .....	06
Nieto(a) .....	07
Otro parentesco .....	08
No tiene parentesco .....	09
Trabajador(a) doméstico(a) .....	10
Pariente del trabajador(a) doméstico(a) .....	11
S03B09	
↓	
CÓDIGO	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	



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			
	S03B10	S03B11	S03B1201 S03B1202		
	↓	↓	↓		
	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	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>3.13</span> </div> <p>¿Actualmente (NOMBRE):</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 150px; text-align: center;">             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; border-right: 1px solid black; height: 60px; margin: 0 auto 10px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40px; margin: 0 auto;">             PASE A 3.15           </div> </div> </div> <div style="margin-top: 20px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 150px; margin: 0 auto;">             PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y AL TERMINAR PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN           </div> </div>	
<div style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">S03B13</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>	
ESTADO CONYUGAL	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	
_ _ _	

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?
	SÍ → ¿Quién es?	NOSABE ..... 99
	<div>↓</div> <div>ANOTE EL NÚMERO DE RESIDENTE DE LA PAREJA</div>	
	NO ..... 98	<div>PASE A LA SIGUIENTE PERSONA DESDE 3.13 Y AL TERMINAR PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN</div>
	S03B14	S03B15
	→	←
	NÚMERO DE REGISTRO	EDAD
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

PARA TODAS LAS PERSONAS										
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS							NÚMERO DE CONSULTAS			
<p>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 style="text-align: center;">→</p>							<p>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;">           REFÍERASE 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>			
							<div style="text-align: right;"> <b>S04B0201</b>  <b>S04B0202</b>  <b>S04B0203</b> </div>			
TIPO DE SERVICIO							NO SABE	SERVICIO 1	SERVICIO 2	SERVICIO 3
							VECES	VECES	VECES	
S04B0101 2 3 4 5 6 8							9	_____	_____	_____
1 S04B0102 4 5 6 8							9	_____	_____	_____
1 2 S04B0103 5 6 8							9	_____	_____	_____
1 2 3 S04B0104 6 8							9	_____	_____	_____
1 2 3 4 S04B0105 8							9	_____	_____	_____
1 2 3 4 5 S04B0106							9	_____	_____	_____
1 2 3 4 5 6 S04B0108								_____	_____	_____
1 2 3 4 5 6 8 S04B0109								_____	_____	_____
1 2 3 4 5 6 8							9	_____	_____	_____
1 2 3 4 5 6 8							9	_____	_____	_____

	PARA TODAS LAS PERSONAS											
	MEDICAMENTOS SIN COSTO						GASTO DE LA ATENCIÓN					
3.1	4.3						4.4					
N Ú M E R O  D E  R E S I D E N T E	¿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					
S04B0301						S04B0302						
S04B0303						S04B0401   S04B0402   S04B0403   → S04B0404   S04B0405   S04B0406						
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	_____	□	_____	□	_____	□	
1	2	1	2	1	2	_____	□	_____	□	_____	□	

PARA TODAS LAS PERSONAS

GASTO DE MEDICINAS

4.5

En total, ¿cuánto dinero se pagó por las medicinas de (NOMBRE) en (TIPO DE SERVICIO)?

\$9 998 O MÁS ..... 9998

NO PAGÓ ..... 0

NO SABE ..... 9

PASE AL SIGUIENTE SERVICIO O PERSONA Y AL TERMINAR CONTINUE CON 4.6

S04B0501   S04B0502   S04B0503   S04B0504   S04B0505   S04B0506

SERVICIO 1		SERVICIO 2		SERVICIO 3	
MONTO	CÓ-DIGO	MONTO	CÓ-DIGO	MONTO	CÓ-DIGO
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_

PARA TODAS LAS PERSONAS								
HOSPITALIZACIÓN		NÚMERO DE HOSPITALIZACIÓN		INSTITUCIÓN	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	GASTO DE HOSPITALIZACIÓN		
3.1 NÚMERO DE RESPUESTAS	4.6 En los últimos doce meses, ¿(NOMBRE) estuvo hospitalizado(a)?		4.7 ¿Cuántas veces estuvo (NOMBRE) hospitalizado en los últimos 12 meses?		4.8 El hospital donde estuvo internado(a) la última vez (NOMBRE), ¿a qué institución pertenece?	4.9 En total, ¿cuántos días estuvo (NOMBRE) hospitalizado(a) en los últimos 12 meses?	4.10 ¿Cuánto dinero se gastó en total por las hospitalizaciones de (NOMBRE) en los últimos 12 meses, incluyendo las medicinas y los honorarios médicos?	
	Sí ..... 1		NO SABE ... 9		IMSS Solidaridad ..... 1	NO SABE ... 999	\$999 998 O MÁS ..... 999998	
	NO ..... 2				IMSS ..... 2		NO PAGÓ ..... 0	
	<div>PASE A SIGUIENTE PERSONA Y AL FINALIZAR CONTINUE CON 4.11</div>				Secretaría de Salud (SSA) ..... 3		NO SABE ..... 9	
					ISSSTE ..... 4			
					En un consultorio u hospital de otra institución pública ..... 5			
					En un consultorio, clínica u hospital privado ..... 6			
					Otra institución ..... 7			
					NO SABE ..... 9		<div>PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 4.6 Y AL TERMINAR CONTINUE CON 4.11</div>	
	S04B06		S04B0701 S04B0702		S04B08	S04B09	S04B1001	S04B1002
→		→		→	→	←		
	SÍ	NO	VECES	NO SABE	INSTITUCIÓN	NÚMERO DE DÍAS	MONTO	CÓDIGO
	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	_____	_____	_____	_____

PARA TODOS LOS MENORES DE 6 AÑOS		
FILTRO	ÚLTIMA CONSULTA	PESO
4.11 <div>             ANOTE EL              NÚMERO TOTAL              DE NIÑOS              MENORES DE 6              AÑOS              S04B11           </div>	4.13 En los últimos seis meses, ¿cuántas veces llevaron a (NOMBRE) a consulta de revisión de niño(a) sano(a)?	4.14 ¿Pesó el médico o la enfermera a (NOMBRE) en la última consulta a la que lo(a) llevaron?




TABLA: tbl\_hogares

↓ <div>             PASE A              4.21           </div>			NO SABE ..... 99	Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ... 9		
REVISIÓN DE NIÑO SANO						
4.12 En los últimos seis meses, ¿llevaron a (NOMBRE) a consulta de revisión de niño(a) sano(a)? Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9						
<div>             PASE AL SIGUIENTE NIÑO Y AL TERMINAR CONTINÚE CON 4.21              S04B12           </div>			S04B13 →	S04B14 →		
SÍ	NO	NO SABE	VECES	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



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										
	S04B15	S04B16			S04B17	S04B18			S04B19		
	→	→			→	→			←		
	RESULTADO	SÍ	NO	NO SABE	RESULTADO	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	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

PASE AL SIGUIENTE NIÑO  
DESDE 4.12 Y AL TERMINAR  
CONTINUE CON 4.20

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>S04B20</p> <p></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>S04B21</p> <p></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



PARA PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS									
3.1  N Ú M E R O  D E  R E S I D E N T E	DIABETES	TIEMPO DE PRIMER DIAGNÓSTICO	USO DE MEDICAMENTO			PRUEBA DE DIABETES			HIPERTENSIÓN ARTERIAL
	4.22	4.23	4.24			4.25			4.26
	¿(NOMBRE) tiene diabetes (azúcar alta en la sangre)?	¿Hace cuánto se la diagnosticaron a (NOMBRE) por primera vez?	Actualmente, ¿(NOMBRE) toma algún medicamento para controlar su diabetes (azúcar en la sangre)?			En los últimos 12 meses, ¿A (NOMBRE) le hicieron la prueba de azúcar en la sangre (diabetes)?			¿(NOMBRE) tiene presión alta (hipertensión arterial)?
	SÍ → ¿Quién se la diagnosticó?								SÍ → ¿Quién se la diagnosticó?
	↓								↓
	SÍ, DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO ..... 1	MENOS DE UN AÑO ..... 00	SÍ ..... 1			SÍ ..... 1			SÍ, DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO ..... 1
	SÍ, OTRA PERSONA ..... 2	NO SABE ..... 99	NO ..... 2			NO ..... 2			OTRA PERSONA ..... 2
	NO ..... 3		NO SABE ... 9			NO SABE ... 9			NO ..... 3
	NO SABE ..... 9								NO SABE ..... 9
	<div>PASE A 4.25</div>								<div>PASE A 4.29</div>
	S04B22	S04B23	S04B24			S04B25			S04B26
	→	→	→			→			→
CÓDIGO	AÑOS	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	CÓDIGO	
		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		

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			Sí ..... 1		
	NO ..... 2			NO ..... 2		
NO SABE ..... 99	NO SABE ... 9			NO SABE ... 9		
<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>						
S04B27 →	S04B28 →			S04B29 ←		
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

PARA TODAS LAS PERSONAS		PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS		PARA PERSONAS DE 6 AÑOS O MÁS	
MORBILIDAD	ENFERMEDAD	ALIMENTACIÓN		INCAPACIDAD FÍSICA	
3.1 NÚMERO DE RESPUESTA 4.30 En las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días estuvo enfermo(a) o tuvo molestias de salud (NOMBRE)? NINGUNO ..... 00 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 4.33</div>	4.31 ¿De qué se enfermó (NOMBRE)? Diarrea ..... 1 Fiebre o calentura ..... 2 Tos y catarro ..... 3 Enfermedad respiratoria ..... 4 Otro (ESPECIFIQUE) ..... 5 NOSABE ..... 9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 4.30 Y AL TERMINAR PASE A 4.33</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">SI LA PERSONA CON DIARREA TIENE MÁS DE 6 AÑOS, CONTÍNUÉ CON LA SIGUIENTE PERSONA</div>	4.32 Mientras duró la diarrea de (NOMBRE) ¿le dió: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE LE MENCIONE EL(LA) ENTREVISTADO(A)</div> suero oral? ..... 1 comida regularmente? ..... 2 algún medicamento? ..... 3 leche materna? ..... 4 NOSABE ..... 9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 4.30 Y AL TERMINAR PASE A 4.33</div>		4.33 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 NOSABE ..... 99	
S04B30 →	S04B3101      S04B3102 ←	←		S04B33 ↓	
NÚMERO DE DÍAS	ENFERMEDAD	ESPECIFIQUE	ALIMENTACIÓN	NO SABE	NÚMERO DE DÍAS
_____	_____		S04B3201 2    3    4	9	_____
_____	_____		1 S04B3202 3    4	9	_____
_____	_____		1    2 S04B3203 4	9	_____
_____	_____		1    2    3 S04B3204	9	_____
_____	_____		1    2    3    4 S04B3205		_____
_____	_____		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	_____

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="color: red; text-align: center;">S04B34</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="color: red; text-align: center;">S04B35</p> <p style="text-align: center;">—————→</p>
CÓDIGO	CÓDIGO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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			
	NOSABE ..... 9	NOSABE ..... 9			
			PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 4.34 Y AL TERMINAR CONTINÚE CON 4.39		
	S04B36	S04B37	S04B3801	S04B3802	
	→	→	←		
	CÓDIGO		CÓDIGO		KILOMETROS

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 RESPONDENTE	<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>														
																					
		S04B40					S04B41														
		→					←														
		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		



## APLICAR SÓLO A LA JEFA DEL HOGAR

## 4.42 EDAD PARA SUPLEMENTO O PAPILLA

¿A partir de qué edad debe recibirse el suplemento o papilla (Nutrisano) para los niños pequeños?

MESES ..... S04B4201

AÑOS ..... S04B4202

NO SABE ..... 99

## 4.43 CUANTOS MESES DEBE DARSE PECHO A NIÑOS

¿Durante cuántos meses debe dársele pecho a un niño después de que nace?

MESES ..... S04B43

NO SABE ..... 99

## 4.44 EVITAR ENFERMEDADES

De las siguientes enfermedades, ¿cuáles pueden evitarse si se vacuna a los niños:

	SÍ	NO	NO SABE
a) sarampión? ..... S04B4401	1	2	9
b) diabetes? ..... S04B4402	1	2	9
c) tuberculosis? ..... S04B4403	1	2	9
d) poliomielitis? ..... S04B4404	1	2	9

## 4.45 NIÑO CON DIARREA PUEDE COMER

Si un niño tiene diarrea, ¿debe dársele de comer?

S04B45

SÍ ..... 1

NO ..... 2

NO SABE ..... 9

## 4.46 NIÑO CON DIARREA DEBE TOMAR LÍQUIDOS

Un niño con diarrea, ¿debe tomar más o menos líquidos que un niño sin diarrea?

S04B46

Más ..... 1

Menos ..... 2

NO SABE ..... 9

## 4.47 AUTOEXAMEN DE SENO

¿Ha oído hablar del autoexamen de seno?

S04B47

SÍ ..... 1

NO ..... 2 ➔

PASE  
A 4.50

## 4.48 REVISIÓN MANUAL DEL AUTOEXAMEN DE SENO

Marque el número de la figura que muestra los movimientos correctos a realizarse durante la revisión manual del autoexamen de seno.

S04B48

MOSTRAR TARJETA  
NÚMERO UNO

## MÉTODO



1



2



3



4

## IV. SALUD

TABLA: tbl\_hogares

4.49 EDAD PARA REALIZAR EL EXAMEN DE SENO  ¿A qué edad se debe empezar a realizar el autoexamen de seno?  S04B49
4.50 CÁNCER DE MAMA EN MADRE O ABUELA  ¿El cáncer de mama le da con más frecuencia a las mujeres cuya madre o abuela tuvieron el mismo tipo de cáncer?  S04B50
4.51 PRUEBA DE PAPANICOLAOU  La prueba del Papanicolaou, ¿qué enfermedad le ayuda a detectar?  S04B5101
4.52 FRECUENCIA DE PRUEBA DE PAPANICOLAOU  ¿Con qué frecuencia debe realizarse la prueba del Papanicolaou?  S04B5201
4.53 CÁNCER CÉRVICO-UTERINO  ¿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?  S04B53
4.54 PLÁTICAS DE SALUD  Durante el último año, ¿a cuántas pláticas de salud ha asistido usted en la clínica de salud donde se atiende?  S04B54
4.55 SATISFACCIÓN DE PLÁTICAS DE SALUD  Las pláticas a las que ha asistido usted, ¿qué tanto le han ayudado a mejorar su salud?  S04B55
4.56 TIEMPO PARA PLÁTICAS DE SALUD  ¿Cuánto tiempo invierte en ir a una plática de salud?  S04B56
4.57 GASTO EN PLÁTICAS DE SALUD  ¿Cuánto gasta usted en transporte para ir a una plática de salud?  S04B57
4.58 QUITAR PLÁTICAS DE SALUD  ¿Recomendaría usted que las pláticas de salud se mantuvieran o se quitaran?  S04B58


EDAD .....	_____	
NO SABE .....	99	

SÍ .....	1
NO .....	2
NO SABE .....	9

Cáncer .....	1
Otro (ESPECIFIQUE) S04B5102	2
NO SABE .....	9



PASE  
A 4.53


Cada 6 meses .....	1
Cada año .....	2
Cada 2 años .....	3
Cada 4 años .....	4
Una vez en la vida .....	5
Otro (ESPECIFIQUE) S04B5202	6
NO SABE .....	9

SÍ .....	1
NO .....	2
NO SABE .....	9

NÚMERO DE ASISTENCIAS .....	_____	
NINGUNA .....	00	



CONTINUE  
CON  
SIGUIENTE  
SECCIÓN

Nada .....	0
Poco .....	1
Más o menos .....	2
Bastante .....	3
NO SABE .....	9

HORAS .....	_____
NO SABE .....	9

MONTO .....	_____
NO SABE .....	9

Se mantuvieran .....	1
Se quitaran .....	2
NO SABE .....	9

27

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		
S05B0601 S05B0602		S05B0701 S05B0702	
→		→	
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"/>

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS							
3.1	NOMBRE ESCUELA	CLASE DE ESCUELA		TURNOS ESCOLAR	ASISTENCIA SEMANAL ACTUAL	FALTAS ÚLTIMOS 30 DÍAS	
N Ú M E R O  D E  R E S I D E N T E	5.8	5.9		5.10	5.11	5.12	
	¿Cuál es el nombre de la escuela a la que asiste (NOMBRE)?	¿La escuela a la que (NOMBRE) asiste es:		¿En qué turno asiste (NOMBRE)?	En una semana promedio, ¿cuántos días va (NOMBRE) a la escuela?	¿Cuántos días ha faltado (NOMBRE) a la escuela en los últimos 30 días?	
		Pública? ..... 1 Privada? ..... 2		Matutino (mañana) ..... 1  Vespertino (tarde) ..... 2  Nocturno (noche) ..... 3	NOSABE ..... 9	NOSABE ..... 99	
	ESCRIBA CON LETRA CLARA Y DE MOLDE						
	→	S05B09		S05B10	S05B11	S05B12	
		→		→	→	→	
		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	_ _	_ _	_ _ _ _	

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>S05B13</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>S05B14</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>	
HORAS	HORAS	SÍ	NO
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2
_ _ _ _	_ _ _ _	1	2

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS										
IDENTIFICACIÓN DE AYUDA ACTUAL					ASISTENCIA ESCOLAR GRADO PASADO		ESCOLARIDAD AÑO PASADO		LIBRO DE TEXTO	
3.1	5.16				5.17		5.18		5.19	
N Ú M E R O  D E  R E S I D E N T E	¿Quién o quiénes lo(la) ayudan?				(NOMBRE) ¿fue a la escuela el año escolar pasado?		¿Cuál fue el último año o grado que (NOMBRE) pasó (aprobó) en la escuela?		¿Tenía (NOMBRE) los libros de texto gratuitos de matemáticas de la SEP?	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ANOTE HASTA DOS OPCIONES</div>									
	RELACIÓN DE PARENTESCO						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Nivel</div> <div>Año Aprobado</div> </div>			
	El padre ..... 1				Sí ..... 1		Ninguno ..... 0 0		Sí ..... 1	
	La madre ..... 2				NO ..... 2		Kinder ..... 1		NO ..... 2	
	Otro miembro de la familia ..... 3						Primaria ..... 2			
	Otro familiar que no vive en el hogar ..... 4						Secundaria ..... 3			
	Otra persona ..... 5						Preparatoria o Bachillerato ..... 4			
							Normal ..... 5			
							Carrera técnica o Comercial ..... 6			
						Profesional o Superior ..... 7				
						Maestría o Doctorado ..... 8				
						NO SABE ..... 9 9				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PARA CADA PERSONA PREGUNTE</div>				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 5.1 Y AL TERMINAR CONTINUE CON SIGUIENTE SECCIÓN</div>				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 5.23</div>		
¿Cuántas horas en promedio por semana le ayuda (RELACIÓN DE PARENTESCO)?										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>S05B1601</div> <div>S05B1603</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>S05B1602</div> <div>S05B1604</div> </div>				S05B17		S05B1801 S05B1802		S05B19		
PRIMERA AYUDA				SEGUNDA AYUDA						
PERSONA	HORAS / SEMANA	PERSONA	HORAS / SEMANA	SÍ	NO	NIVEL	AÑO APROBADO	SÍ	NO	
				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	

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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">SOLICITE BOLETA DE CALIFICACIONES Y VERIFIQUE CALIFICACIÓN</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>NOTIENE BOLETA ..... 99</p> <p style="color: red; font-weight: bold; margin-top: 20px;">S05B20</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>5.21</p> <p>¿Cuál fue la calificación final de (NOMBRE) en español?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">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; margin: 10px auto; width: 60px; text-align: center;">PASE A 5.23</div> <p style="color: red; font-weight: bold; margin-top: 20px;">S05B21</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>5.22</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <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="color: red; font-weight: bold; margin-top: 20px;">S05B22</p> <p style="text-align: center;">→</p>
MATEMÁTICAS	ESPAÑOL	CLAVE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



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	
	S05B2301      S05B2302		S05B2401      S05B2402		S05B2501      S05B2502		S05B2601      S05B2602	
	→		→		→		→	
	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO

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: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> PASE A 5.29 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NIVEL</div> <div>AÑO REPROBADO</div> </div> <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>		
S05B27		¿Cuántas veces ha reprobado el mismo (GRADO ESCOLAR)? S05B2801 S05B2802 S05B2803		
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"/>

35

PARA PERSONAS DE 5 A 25 AÑOS	
OCUPACIÓN EN LA ACTIVIDAD	
5.32	
En ese trabajo o actividad, ¿(NOMBRE) fue:	
<div> 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
S05B3201	S05B3202
OCUPACIÓN	ESPECIFIQUE
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

	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
	S05B33
	←
	CÓDIGO
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _
	_ _ _

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
<div>S06B01</div> <div>→</div>	
CÓDIGO	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	

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				
	S06B02	S06B03		S06B04	
	→		→		→
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





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				
S06B0601 → S06B0602		S06B07 →		
		S06B08 →		
	OCUPACIÓN	ESPECIFIQUE	SITUACIÓN	LUGAR DE TRABAJO
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS		
ACTIVIDAD ECONÓMICA	INGRESOS POR TRABAJO PRINCIPAL	
6.9	6.10	
El negocio, empresa o lugar donde trabaja (trabajó) (NOMBRE), ¿a qué se dedica (dedicaba)? (Por ejemplo: a cultivar maíz, a hacer muebles, a vender ropa.)	¿Cuánto gana (ganaba) (NOMBRE) en este trabajo, no incluya el aguinaldo?	
	\$99 998 O MÁS ..... 99998	
	NORECIBE (RECIBÍA) INGRESOS ..... 0	
	NO SABE ..... 9	
	ANOTE EN CAMPO DE PERIODO	
	PERIODO:	
	DÍA ..... 1	
	SEMANA ..... 2	
	QUINCENA ..... 3	
	MES ..... 4	
AÑO ..... 5		
S06B09	S06B1001	S06B1002
→	→	
ACTIVIDAD ECONÓMICA	INGRESOS	PERIODO

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			<div>PASE A 6.19</div>	
				NINGUNA ..... 0				
				NOSABE ..... 9				
	S06B11	S06B1201	S06B1202	S06B1301	S06B1302	S06B1303	S06B14	
	→	→		→			→	
	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
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	1	2

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; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     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; width: 40px; float: right;">                         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
S06B1501	→
	S06B1502
OCUPACIÓN	ESPECIFIQUE
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	

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	
NÚMERO DE RESPUESTA	¿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							
S06B1601 → S06B1602		S06B17 →	S06B1801 → S06B1802		S06B1901 → S06B1902		
INGRESOS		PERIODO	HORAS	SEMANAS	MESES	MONTO	CÓDIGO

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS			
OTROS INGRESOS			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>6.20</span> </div> <p><b>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?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> SUSTITUYA (FUENTE) POR CADA UNO DE LOS INCISOS DE ABAJO (A-E) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> \$99 998 O MÁS ..... <b>99998</b>  No recibe ese tipo de ingresos ..... <b>0</b>  NO SABE ..... <b>9</b> </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"> → ANOTE EN CAMPO PERIODO </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 40px;"> </div>			
<b>A) OTRO TRABAJO O ACTIVIDADES QUE NO SE HAYAN REGISTRADO ANTES.</b>		<b>B) RETIRO, JUBILACIÓN O PENSIÓN POR VEJEZ. LIQUIDACIÓN O INDEMNIZACIÓN LABORAL POR ACCIDENTE. PENSIÓN ALIMENTICIA, INVALIDEZ O VIUDEZ.</b>	
<span style="color: red;">S06B2001</span>	<span style="color: red;">S06B2002</span>	<span style="color: red;">S06B2003</span>	<span style="color: red;">S06B2004</span>
MONTO	PERIODO	MONTO	PERIODO
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS							
OTROS INGRESOS						CUIDADO DE LA CASA	
3.1  N Ú M E R O  D E  R E S I D E N T E	6.20						6.21
	<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.		
	S06B2005	S06B2006	S06B2007	S06B2008	S06B2009	S06B2010	S06B21
	MONTO	PERIODO	MONTO	PERIODO	MONTO	PERIODO	HORAS
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
	_____	__	_____	__	_____	__	_____
_____	__	_____	__	_____	__	_____	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	

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
<b>S06B22</b> →	<b>S06B23</b> →	<b>S06B24</b> →
HORAS	HORAS	HORAS
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS					
	TIRAR BASURA	ACARREAR AGUA	CUIDADO DE PERSONAS	LECTURA	TELEVISIÓN
3.1 N Ú M E R O  D E  R E S I D E N T E	6.25	6.26	6.27	6.28	6.29
	La semana pasada, en total, ¿cuántas horas dedicó (NOMBRE) a tirar basura?	La semana pasada, en total, ¿cuántas horas dedicó (NOMBRE) a acarrear agua?	La semana pasada, en total, ¿cuántas horas dedicó (NOMBRE) al cuidado de personas ancianas o enfermas?	La semana pasada, en total, ¿cuántas horas dedicó (NOMBRE) a leer?	La semana pasada, en total, ¿cuántas horas dedicó (NOMBRE) a ver televisión?
	MENOS DE UNA HORA ..... 00	MENOS DE UNA HORA ..... 00	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 HIZO LA ACTIVIDAD ... 98	NO HIZO LA ACTIVIDAD ... 98
	NO SABE ..... 99	NO SABE ..... 99	NO SABE ..... 99	NO SABE ..... 99	NO SABE ..... 99
	<div>PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 6.1 Y AL TERMINAR PASE A SIGUIENTE SECCIÓN</div>				
	S06B25 →	S06B26 →	S06B27 →	S06B28 →	S06B29 ←
	HORAS	HORAS	HORAS	HORAS	HORAS
	<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>	
<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>	
<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>	

7.1

S07B01

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

SÍ ..... 1

NO ..... 2

NO SABE ..... 9

FILTRO: tbl\_hogares

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

id\_pers

→

CLAVE DE RESIDENTE


7.4

¿El préstamo fue solicitado en los últimos 12 meses?

SÍ ..... 1

NO ..... 2

PASE A 7.8

S07B04

→

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

		S07B05C1	S07B05E1	S07B05C2	S07B05E2	S07B05C3	S07B05E3
SÍ	NO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	ESPECIFIQUE
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1	2	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

TABLA: tbl\_prestamos\_ult\_12

52

8.1

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

FILTRO: tbl\_hogares

S08B01

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

id\_pers

←

CLAVE DE RESIDENTE


9.1

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

FILTRO: tbl\_hogares

S09B01

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><div>EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR</div></div> <div><div>id_pers</div><div>↓</div></div>	<div>9.4</div> <div>En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero ahorró (NOMBRE)?</div> <div><div>\$ 99 998</div><div>O MÁS ..... 99998</div><div>NO SABE ... 9</div></div> <div><div>S09B0401</div><div>S09B0402</div><div>←</div></div>	
NOMBRE	CLAVE DE RESIDENTE	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

10.1

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

FILTRO: tbl\_hogares

S10B01

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.

↓

NOMBRE

10.3

EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR

id\_pers

↓

CLAVE DE RESIDENTE


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

S10B04C1 S10B04M1 S10B04C2 S10B04M2 S10B04C3 S10B04M3 S10B04E						
CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	CÓDIGO	MONTO	ESPECIFIQUE



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?

FILTRO: tbl\_hogares

S11B01

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>11.3</div> <div>EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR</div> <div>id_pers</div> <div>→</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>S11B0401</div> <div>S11B0402</div> <div>→</div>	
NOMBRE	CLAVE DE RESIDENTE	MES	AÑO

DESTINO DE APOYO MONETARIO	CANTIDAD ENVIADA	
<div>11.5</div> <div>¿(NOMBRE) envió dinero:</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>S11B05</div> <div>→</div>	<div>11.6</div> <div>En los últimos 12 meses, en total, ¿cuánto dinero ha enviado o regalado (NOMBRE)?</div> <div>\$99 998</div> <div>O MÁS ..... 99998</div> <div>NO SABE ..... 9</div> <div>PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 11.4 Y AL TERMINAR PASE A SIGUIENTE SECCIÓN</div> <div>S11B0601</div> <div>S11B0602</div> <div>←</div>	
DESTINO DE APOYO MONETARIO	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

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?

S12B01

SÍ ..... 1

NO ..... 2

NO SABE ..... 9

FILTRO: tbl\_hogares

PASE A SIGUIENTE SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN		FECHA DE ENVÍO	
<div>12.2</div> <div>Por favor, dígame el nombre de cada una las personas que han enviado regalos, comida, ropa, u otros artículos en los últimos 12 meses.</div> <div><div>↓</div></div>	<div>12.3</div> <div><div>EXCLUSIVO PARA USO DEL VALIDADOR</div><div><div>id_pers</div><div>→</div></div></div>	<div>12.4</div> <div>¿En qué mes y año envió (NOMBRE) regalos, comida, ropa u otros artículos la última vez?</div> <div><div>NO SABE MES ... 99</div><div>NO SABE AÑO .. 99</div><div><div>S12B0401</div><div>S12B0402</div><div>→</div></div></div>	
NOMBRE	CLAVE DE RESIDENTE	MES	AÑO
	<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>	<div>____</div>
	<div>_____</div>	<div>____</div>	<div>____</div>
	<div>_____</div>	<div>____</div>	<div>____</div>
	<div>_____</div>	<div>____</div>	<div>____</div>

59

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>NOSABE ..... 9</div> <div>S12B05</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>S12B0601</div> <div>S12B0602</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

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?

FILTRO: tbl\_hogares

S13B01

Sí ..... 1

NO ..... 2

NO SABE ..... 9

PASE A SIGUIENTE SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENVÍO	PARENTESCO	LUGAR DE RESIDENCIA	CANTIDAD		
<div>13.2</div> <div>Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que les han enviado dinero en los últimos 12 meses.</div> <div>↓</div>	<div>13.3</div> <div>¿En qué mes y año envió (NOMBRE) dinero la última vez?</div> <div><div>NOSABEMES .. 99</div><div>NO SABE AÑO . 99</div></div> <div><div>S13B0301</div><div>S13B0302</div></div> <div>→</div>	<div>13.4</div> <div>¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar?</div> <div><div>Espos(a) o pareja ..... 1</div><div>Hijo(a) ..... 2</div><div>Padre o madre ..... 3</div><div>Otro parentesco ..... 4</div><div>Sin parentesco ..... 5</div></div> <div><div>S13B04</div></div> <div>→</div>	<div>13.5</div> <div>¿(NOMBRE) vive:</div> <div><div>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div><div><div>en el mismo municipio? ..... 1</div><div>en el mismo estado? ..... 2</div><div>en el país? ..... 3</div><div>en los Estados Unidos? ..... 4</div><div>en Canadá? ..... 5</div><div>en otro país? ..... 6</div><div>NO SABE ..... 9</div></div><div><div>S13B05</div></div><div>→</div></div>	<div>13.6</div> <div>En los últimos 12 meses, en total, ¿cuánto dinero les ha enviado (NOMBRE)?</div> <div><div>\$99 998</div><div>O MÁS ..... 99998</div><div>NO SABE ..... 9</div></div> <div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 13.3 Y AL TERMINAR PASE A SIGUIENTE SECCIÓN</div><div><div>S13B0601</div><div>S13B0602</div></div><div>←</div></div>		
NOMBRE	MES	AÑO	PARENTESCO	LUGAR DE RESIDENCIA	MONTO	NO SABE
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9
						9

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?

FILTRO: tbl\_hogares

S14B01

SÍ ..... 1

NO ..... 2

NOSABE ..... 9

PASE A SIGUIENTE SECCIÓN

IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENVÍO	PARENTESCO	LUGAR DE RESIDENCIA	VALOR ESTIMADO		
<div>14.2</div> <p>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?</p> <div>↓</div>	<div>14.3</div> <p>¿En qué mes y año envió (NOMBRE) regalos, comida, ropa u otros artículos la última vez?</p> <div><div>NOSABE MES .. 99</div><div>NOSABE AÑO . 99</div></div> <p>S14B0301</p> <p>S14B0302</p> <div>→</div>	<div>14.4</div> <p>¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar?</p> <div><div>Espos(a) o pareja ..... 1</div><div>Hijo(a) ..... 2</div><div>Padre o madre ..... 3</div><div>Otro parentesco ..... 4</div><div>Sin parentesco ..... 5</div></div> <p>S14B04</p> <div>→</div>	<div>14.5</div> <p>¿(NOMBRE) vive:</p> <div><div>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div><div>en el mismo municipio? ..... 1</div><div>en el mismo estado? ..... 2</div><div>en el país? ..... 3</div><div>en los Estados Unidos? ..... 4</div><div>en Canadá? ..... 5</div><div>en otro país? ..... 6</div><div>NOSABE ..... 9</div></div> <p>S14B05</p> <div>→</div>	<div>14.6</div> <p>¿Como cuánto es lo que les ha regalado (NOMBRE) en los últimos 12 meses?</p> <div><div>\$99 998</div><div>O MÁS ..... 99998</div><div>NOSABE ..... 9</div></div> <div><div>PASE A SIGUIENTE PERSONA DESDE 14.3 Y AL TERMINAR PASE A SIGUIENTE SECCIÓN</div></div> <p>S14B0601</p> <p>S14B0602</p> <div>←</div>		
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	15.2		FECHA ÚLTIMA TRANSFERENCIA	
	En los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, recibió:		15.3	
NÚMERO DE PROGRAMA	<p>LEA TODAS LAS OPCIONES</p> <p>SÍ ..... 1 → PREGUNTE 15.3</p> <p>NO ..... 2 → PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA Y AL TERMINAR CONTÍNE CON SIGUIENTE SECCIÓN</p>		<p>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA</p> <p>esta semana? ..... 1</p> <p>este mes? ..... 2</p> <p>hace 2 a 3 meses? ..... 3</p> <p>hace 4 a 6 meses? ..... 4</p> <p>hace 7 a 12 meses? ..... 5</p> <p>NO SABE ..... 9</p>	
	<p>REGRESE A SIGUIENTE PROGRAMA</p>			
	PROGRAMA	SÍ	NO	CÓDIGO
01	tortilla gratuita?	S15B0201		S15B0301
02	leche Liconsa o Conasupo?	S15B0202		S15B0302
03	dinero de Oportunidades(Progres)?	S15B0203		S15B0303
04	papilla de Oportunidades(Progres)?	S15B0204		S15B0304
05	despensa del DIF?	S15B0205		S15B0305
06	desayunos escolares?	S15B0206		S15B0306
07	becas educativas distintas a las de Oportunidades(Progres)?	S15B0207		S15B0307
08	becas de transporte?	S15B0208		S15B0308
09	apoyos del INI?	S15B0209		S15B0309
10	PROBECAT (becas de capacitación)?	S15B0210		S15B0310
11	apoyos de alianza para el campo?	S15B0211		S15B0311
12	apoyo del programa de apoyo a la vivienda?	S15B0212		S15B0312
13	apoyo de PROCAMPO?	S15B0213		S15B0313
14	crédito a la palabra?	S15B0214		S15B0314
15	apoyo del programa de empleo temporal (PET)?	S15B0215		S15B0315
16	apoyo de FONAES (Empresas Sociales)?	S15B0216		S15B0316
17	fondo para la micro, pequeña y mediana empresa?	S15B0217		S15B0317
18	apoyo de otros programas estatales?	S15B0218		S15B0318
19	apoyo de otros programas municipales?	S15B0219		S15B0319
20	seguro Popular?	S15B0220		S15B0320
21	otro? (ESPECIFIQUE) S15B0222	S15B0221		S15B0321

## XVI. GASTO SEMANA ANTERIOR

NÚMERO ALÍNEA	16.1			16.2			MONTODEL GASTO			16.4		
				<p>Ahora le voy a preguntar sobre los gastos en alimentos de este hogar, durante los últimos 7 días, ¿en este hogar se compró:</p> <p>LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES</p> <p>SÍ ..... 1 → PREGUNTE 16.3</p> <p>NO ..... 2 → PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO</p>			<p>16.3</p> <p>¿Cuánto gastó en (ALIMENTO DE 16.2) durante los últimos 7 días?</p> <p>PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO</p> <p>\$998 O MÁS .... 998</p> <p>NO SABE ..... 999</p>			<p>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?</p> <p>SÍ ..... 1 → PREGUNTE 16.5 Y 16.6</p> <p>NO ..... 2 → PASE A 16.8</p> <p>S16B04</p>		
				REGALO O PAGO EN ESPECIE DE ALIMENTO			VALOR ESTIMADO					
				16.5			16.6					
				<p>Durante los últimos 7 días, ¿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 16.6</p> <p>NO ..... 2 → PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO</p>			<p>¿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?</p> <p>\$998 O MÁS ..... 998</p> <p>NO SABE 999</p> <p>PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO</p>					
				ALIMENTO			ALIMENTO					
				SÍ NO			SÍ NO					
				MONTO			MONTO					
101	jitomates o tomates rojos?	S16B0201	S16B0301	101	jitomates o tomates rojos?	S16B0501	S16B0601					
102	cebollas?	S16B0202	S16B0302	102	cebollas?	S16B0502	S16B0602					
103	papas?	S16B0203	S16B0303	103	papas?	S16B0503	S16B0603					
104	chiles?	S16B0204	S16B0304	104	chiles?	S16B0504	S16B0604					
105	zanahorias?	S16B0205	S16B0305	105	zanahorias?	S16B0505	S16B0605					
106	calabacitas?	S16B0206	S16B0306	106	calabacitas?	S16B0506	S16B0606					
107	plátanos?	S16B0207	S16B0307	107	plátanos?	S16B0507	S16B0607					
108	manzanas?	S16B0208	S16B0308	108	manzanas?	S16B0508	S16B0608					
109	naranjas?	S16B0209	S16B0309	109	naranjas?	S16B0509	S16B0609					
110	otras frutas (limones, etc.)?	S16B0210	S16B0310	110	otras frutas (limones, etc.)?	S16B0510	S16B0610					
111	otras verduras (nopales, etc.)?	S16B0211	S16B0311	111	otras verduras (nopales, etc.)?	S16B0511	S16B0611					
201	tortillas de maíz?	S16B0212	S16B0312	201	tortillas de maíz?	S16B0512	S16B0612					
202	pan blanco (bolillo o telera)?	S16B0213	S16B0313	202	pan blanco (bolillo o telera)?	S16B0513	S16B0613					
203	pan de dulce?	S16B0214	S16B0314	203	pan de dulce?	S16B0514	S16B0614					
204	sopa de pasta?	S16B0215	S16B0315	204	sopa de pasta?	S16B0515	S16B0615					
205	frijol?	S16B0216	S16B0316	205	frijol?	S16B0516	S16B0616					
206	arroz?	S16B0217	S16B0317	206	arroz?	S16B0517	S16P0617					
207	pastelillos en bolsa (gansito, conchas, etc.)?	S16B0218	S16B0318	207	pastelillos en bolsa (gansito, conchas, etc.)?	S16B0518	S16B0618					
208	otros cereales (pan bimbo, harinas, maíz en grano, etc.)?	S16B0219	S16B0319	208	otros cereales (pan bimbo, harinas, maíz en grano, etc.)?	S16B0519	S16B0619					



NÚMERO DE ALIMENTO	16.8		MONTODEL GASTO	16.10			
	Durante los últimos 7 días, ¿en este hogar se compró:		16.9 ¿Cuánto gastó en (ALIMENTO DE 16.8) 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?			
	<p>LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES</p> <p>SÍ ..... 1 → PREGUNTE 16.9</p> <p>NO ..... 2 → PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO</p>		<p>PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO</p> <p>\$998 O MÁS .... 998</p> <p>NO SABE ..... 999</p>	<p>SÍ ..... 1 → PREGUNTE 16.11 Y 16.12</p> <p>NO ..... 2 → PASE A 16.13</p>			
				REGALO O PAGO EN ESPECIE DE ALIMENTO	VALOR ESTIMADO		
				16.11	16.12		
				Durante los últimos 7 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como regalo o pago en especie:	¿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?		
				LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES			
				SÍ ..... 1 → PREGUNTE 16.12			
				NO ..... 2 → PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO			
					PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO		
	ALIMENTO	SÍ NO	MONTO	ALIMENTO	SÍ NO	MONTO	
301	carne de res (bistec, molida, etc)?	\$16B0801	_S16B0901_	301	carne de res (bistec, molida, etc)?	\$16B1101	_S16B1201_
302	pollo?	\$16B0802	_S16B0902_	302	pollo?	\$16B1102	_S16B1202_
303	carne de puerco?	\$16B0803	_S16B0903_	303	carne de puerco?	\$16B1103	_S16B1203_
304	atún, sardinas en lata?	\$16B0804	_S16B0904_	304	atún, sardinas en lata?	\$16B1104	_S16B1204_
305	pescado y mariscos?	\$16B0805	_S16B0905_	305	pescado y mariscos?	\$16B1105	_S16B1205_
306	huevos?	\$16B0806	_S16B0906_	306	huevos?	\$16B1106	_S16B1206_
307	leche?	\$16B0807	_S16B0907_	307	leche?	\$16B1107	_S16B1207_
308	queso (fresco, oaxaca, etc)?	\$16B0808	_S16B0908_	308	queso (fresco, oaxaca, etc)?	\$16B1108	_S16B1208_
309	otros productos lácteos (yoghurt, mantequilla, crema etc)?	\$16B0809	_S16B0909_	309	otros productos lácteos (yoghurt, mantequilla, crema etc)?	\$16B1109	_S16B1209_
310	otros productos de origen animal (embutidos, manteca, etc.)?	\$16B0810	_S16B0910_	310	otros productos de origen animal (embutidos, manteca, etc.)?	\$16B1110	_S16B1210_
401	refrescos?	\$16B0811	_S16B0911_	401	refrescos?	\$16B1111	_S16B1211_
402	azúcar?	\$16B0812	_S16B0912_	402	azúcar?	\$16B1112	_S16B1212_
403	concentrados o polvo para preparar agua?	\$16B0813	_S16B0913_	403	concentrados o polvo para preparar agua?	\$16B1113	_S16B1213_
404	bebidas alcohólicas?	\$16B0814	_S16B0914_	404	bebidas alcohólicas?	\$16B1114	_S16B1214_
405	café?	\$16B0815	_S16B0915_	405	café?	\$16B1115	_S16B1215_
406	aceite vegetal?	\$16B0816	_S16B0916_	406	aceite vegetal?	\$16B1116	_S16B1216_
407	papas fritas, chicharrones?	\$16B0817	_S16B0917_	407	papas fritas, chicharrones?	\$16B1117	_S16B1217_
408	otros artículos industrializados (pastelillos en bolsa, etc)?	\$16B0818	_S16B0918_	408	otros artículos industrializados (pastelillos en bolsa, etc)?	\$16B1118	_S16B1218_

XVI. GASTO SEMANA ANTERIOR

GASTO EN ALIMENTOS															
16.13				S16B13		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				S16B14		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 SIGUIENTE SECCIÓN					
	SÍ ..... 1 → PREGUNTE 16.17			PREGUNTE POR SIGUIENTE ARTÍCULO			REGALO O PAGO EN ESPECIE DE ARTÍCULO			VALOR ESTIMADO					
	NO ..... 2 → PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO			\$9998 O MÁS .. 9998			16.19			16.20					
				NO SABE .... 9999			Durante los últimos 7 días, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha producido o recibido como regalo o pago en especie:			¿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?					
							LEA DE UNA EN UNA TODAS LAS OPCIONES			\$998 O MÁS ..... 9998					
							SÍ ..... 1 → PREGUNTE 16.20			NO SABE 9999					
							NO ..... 2 → PASE AL SIGUIENTE ARTÍCULO			PREGUNTE POR SIGUIENTE ALIMENTO					
ARTÍCULO O SERVICIO				SÍ NO		MONTO		ARTÍCULO O SERVICIO				SÍ NO		MONTO	
501 cerillos y encendedores?				S16B1601		S16B1701		501 cerillos y encendedores?				S16B1901		S16B2001	
502 transporte en autobuses, camionetas, camión, colectivo, taxis (no incluya gastos de transporte escolar)?				S16B1602		S16B1702		502 transporte en autobuses, camionetas, camión, colectivo, taxis (no incluya gastos de transporte escolar)?				S16B1902		S16B2002	
503 periódicos y revistas?				S16B1603		S16B1703		503 periódicos y revistas?				S16B1903		S16B2003	
504 velas y veladoras?				S16B1604		S16B1704		504 velas y veladoras?				S16B1904		S16B2004	
505 cigarros?				S16B1605		S16B1705		505 cigarros?				S16B1905		S16B2005	

67

68

69

## XX. GASTO EN SERVICIOS

TABLA: tbl\_hogares

20.1 ALGÚN PAGO DE LUZ  <b>En los últimos doce meses ¿hicieron algún pago por el servicio de luz?</b>  S20B01
20.2 PAGO DE LUZ  <b>¿Cuánto pagaron la última vez por la luz eléctrica?</b>  S20B02
20.3 PERIODO DE PAGO  <b>¿A cuántos meses correspondió ese pago?</b>  S20B03
20.4 ALGÚN PAGO DE AGUA  <b>En los últimos doce meses ¿hicieron algún pago por el servicio de agua?</b>  S20B04
20.5 PAGO DE AGUA  <b>¿Cuánto pagaron la última vez por el servicio de agua?</b>  S20B05
20.6 PERIODO DE PAGO  <b>¿A cuántos meses correspondió ese pago?</b>  S20B06
20.7 ALGÚN SERVICIO DE RECOLECCIÓN DE BASURA  <b>¿Tienen servicio de recolección de basura?</b>  S20B07
20.8 PAGO DE RECOLECCIÓN DE BASURA  <b>¿Cuánto pagaron la última vez por el servicio de recolección de basura (incluye propina)?</b>  S20B08

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

TABLA: tbl\_hogares

20.9 PERIODO DE PAGO ¿A cuántos días correspondió ese pago? S20B09
20.10 TELÉFONO En esta vivienda ¿usan teléfono: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> LEA LAS OPCIONES HASTA  OBTENER UNA RESPUESTA  AFIRMATIVA </div> S20B10
20.11 PAGO DE TELÉFONO ¿Cuánto pagaron la última vez por el servicio telefónico? S20B11
20.12 PERIODO DE PAGO ¿A cuántos meses correspondió ese pago? S20B12
20.13 ALGÚN PAGO DE GAS En los últimos doce meses ¿hicieron algún pago por consumo de gas? S20B13
20.14 PAGO DE GAS ¿Cuánto pagaron la última vez de gas? S20B14
20.15 PERIODO DE PAGO ¿A cuántos meses correspondió ese pago? S20B15

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

S21B01

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

21.2 NEGOCIO

S21B02

¿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

S21B03

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

21.4 GANANCIA DEL NEGOCIO

S21B04

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

S21B05

¿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



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	S21B0601
NOMBRE	
CLAVE DE RESIDENTE	S21B0602
NOMBRE	
CLAVE DE RESIDENTE	S21B0603
NOMBRE	
CLAVE DE RESIDENTE	S21B0604
NOMBRE	
CLAVE DE RESIDENTE	S21B0605
NOMBRE	
CLAVE DE RESIDENTE	S21B0606

21.7 EMPLEADOS

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

S21B07

PERSONAS .....	
NINGUNA .....	00
NO SABE .....	99

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? S22B0101	1	2	S22B0201 S22B0219		S22B0301
02	automóvil propio? S22B0102	1	2	S22B0202 S22B0220		S22B0302
03	camioneta o camión propio? S22B0103	1	2	S22B0203 S22B0221		S22B0303
04	motos, tractores u otros vehículos motorizados? S22B0104	1	2	S22B0204 S22B0222		S22B0304
05	televisión? S22B0105	1	2	S22B0205 S22B0223		S22B0305
06	videocasetera? S22B0106	1	2	S22B0206 S22B0224		S22B0306
07	otros aparatos eléctricos o electrónicos (computadora, plancha, horno de microondas, licuadora, etc.)? S22B0107	1	2	S22B0207 S22B0225	9	S22B0307
08	radio? S22B0108	1	2	S22B0208 S22B0226		S22B0308
09	refrigerador? S22B0109	1	2	S22B0209 S22B0227		S22B0309
10	estufa de gas? S22B0110	1	2	S22B0210 S22B0228		S22B0310
11	estufa de otro combustible o parrilla eléctrica? S22B0111	1	2	S22B0211 S22B0229		S22B0311
12	lavadora automática para ropa? S22B0112	1	2	S22B0212 S22B0230		S22B0312
13	secadora para ropa? S22B0113	1	2	S22B0213 S22B0231		S22B0313
14	calentador de gas para agua (boiler)? S22B0114	1	2	S22B0214 S22B0232		S22B0314
15	tinaco? S22B0115	1	2	S22B0215 S22B0233		S22B0315
16	animales de tiro o de consumo (caballos, gallinas, vacas, cerdos, borregos, etc.)? S22B0116	1	2	S22B0216 S22B0234	9	S22B0316
17	otro?(ESPECIFIQUE) S22B0218 S22B0117	1	2	S22B0217 S22B0235	9	S22B0317

## XXIII. SINIESTROS SUFRIDOS POR EL HOGAR

TABLA: tbl\_hogares

23.1 SINIESTRO

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

LEA TODAS LAS OPCIONES  
Y CIRCULE EL CÓDIGO  
CORRESPONDIENTE

23.2 ENFRENTA SINIESTROS

Para enfrentar este(estos) problema(s) :

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? ..... S23B0101	1	2
desempleo de alguna persona que vive aquí, en este hogar? S23B0102	1	2
la pérdida del negocio de alguna persona que vive aquí, en este hogar? ..... S23B0103	1	2
incendio, inundación, sequías u otra catástrofe natural de algún bien que pertenece a alguna persona que vive aquí, en este hogar? ..... S23B0104	1	2
otro? (ESPECIFIQUE) ..... S23B0105	1	2

NINGÚN SINIESTRO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

	SÍ	NO
usaron unos ahorros? ..... 1	2	S23B0201
tuvieron que pedir prestado? ..... 1	2	S23B0202
vendieron algo propiedad del hogar (electrodomésticos, animales, etc.)? .. 1	2	S23B0203
recibieron ayuda de vecinos, familiares o amigos? ..... 1	2	S23B0204
algún miembro del hogar tuvo que empezar a trabajar? ..... 1	2	S23B0205
algún miembro del hogar tuvo que trabajar más horas? ..... 1	2	S23B0206
disminuyeron los gastos? ..... 1	2	S23B0207
otro? (ESPECIFIQUE) ..... 1	2	S23B0208

## XXIV. PERCEPCIONES

TABLA: tbl\_hogares

24.1 FILTRO

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

S24B01

24.2 NOMBRE DEL NIÑO(A)

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

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? S24B03

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? S24B04

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? S24B05

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

NOMBRE .....

MONTO ..... | | | | |

NO SABE ..... 99999

MONTO ..... | | | | |

NO SABE ..... 99999

MONTO ..... | | | | |

NO SABE ..... 99999

25.1	25.2					
	En los últimos 12 meses, ¿alguna persona que vive aquí, en este hogar, ha participado en una:					
N Ú M E R O  D E  A C T I V I D A D	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">LEA TODAS LAS OPCIONES</div>					
	<p>SÍ ..... 1 → ¿Quiénes?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           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         </div> <p>NO ..... 2 →</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PASE A SIGUIENTE ACTIVIDAD</div> <p style="text-align: center;">↓</p>					
	ACTIVIDAD COMUNITARIA	SÍ	NÚMERO DE RESIDENTE	NÚMERO DE RESIDENTE	NÚMERO DE RESIDENTE	NO
01	cooperativa o asociación productiva?	S25B0101	S25B0201	S25B0210	S25B0219	2
02	cooperativa, caja u organización de crédito, incluyendo tandas o rifas?	S25B0102	S25B0202	S25B0211	S25B0220	2
03	organización o partido político, con fines de elección (vecinal, municipal u otra)?	S25B0103	S25B0203	S25B0212	S25B0221	2
04	organización o asociación vecinal para la dotación o el mejoramiento de servicios (agua, electricidad, drenaje, pavimento, alumbrado)?	S25B0104	S25B0204	S25B0213	S25B0222	2
05	organización o asociación vecinal para la limpieza o el cuidado del barrio o la colonia?	S25B0105	S25B0205	S25B0214	S25B0223	2
06	organización o grupo para el cuidado de la salud (materno-infantil, capacitación para la salud, salud reproductiva, etc.)?	S25B0106	S25B0206	S25B0215	S25B0224	2
07	organización o grupo para la seguridad y la vigilancia del barrio o colonia?	S25B0107	S25B0207	S25B0216	S25B0225	2
08	organización o grupo religioso?	S25B0108	S25B0208	S25B0217	S25B0226	2
09	otra actividad?	S25B0109	S25B0209	S25B0218	S25B0227	2

ENTREVISTE A JOVEN O ADOLESCENTE DE 10 A 21 AÑOS	
<b>NOMBRE DE LA PERSONA:</b> _____	<b>CLAVE DE RESIDENTE</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">id_pers</div>
26.1 FUMADOR ACTUAL  <b>¿Fumas actualmente?</b>  <div style="text-align: right; color: red;">S26B01</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             Sí ..... 1              NO ..... 2           </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">             PASE A 26.3           </div> </div>
26.2 CONDICIÓN DE FUMAR  <b>¿Alguna vez has fumado un cigarro, aunque no te lo hayas terminado?</b>  <div style="text-align: right; color: red;">S26B02</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             Sí ..... 1              NO ..... 2           </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">             PASE A 26.11           </div> </div>
26.3 EDAD DE PRUEBA DE CIGARRO  <b>¿Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer cigarro?</b>  <div style="text-align: right; color: red;">S26B03</div>	AÑOS ..... <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>
26.4 EDAD DE INICIO DE FUMAR  <b>¿Cuántos años tenías cuando empezaste a fumar casi a diario (frecuentemente)?</b>  <div style="text-align: right; color: red;">S26B04</div>	AÑOS ..... <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> NUNCA HA FUMADO FRECUENTEMENTE ..... 00
26.5 NÚMERO DE DÍAS QUE FUMA  <b>Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuántos días fumaste?</b>  <div style="text-align: right; color: red;">S26B05</div>	NÚMERO DE DÍAS ..... <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> DIARIO ..... 30 NINGÚN DÍA ..... 00 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">PASE A 26.7</div>
26.6 NÚMERO DE CIGARROS  <b>Durante los últimos 30 días, ¿cuántos cigarros fumaste?</b>  <div style="text-align: right; color: red;">S26B06</div>	NÚMERO DE CIGARROS ..... <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 60px; display: inline-block;"></div> NO SABE ..... 999
26.7 OBTENCIÓN DE CIGARROS  <b>Normalmente, ¿cómo conseguiste tus cigarros?</b>  <div style="text-align: right; color: red;">S26B07</div>	LOS COMPRÓ 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  LO TOMÓ SIN PERMISO ..... 5  LOS OBTUVO DE OTRA MANERA ..... 6

<p>26.8 MARCA DE CIGARROS</p> <p>Regularmente, ¿qué marca de cigarros compras?</p> <p style="text-align: right;"><b>S26B0801</b></p>	<p>MARLBORO ..... 1</p> <p>BROADWAY ..... 2</p> <p>DELICADOS ..... 3</p> <p>BOOTS ..... 4</p> <p>OTRO (ESPECIFIQUE) <b>S26B0802</b> ..... 5</p> <p>NORECUERDA ..... 9</p>
<p>26.9 GASTO EN CIGARROS</p> <p>Durante los últimos 30 días (un mes), ¿cuánto gastaste en cigarros? Incluye cigarros sueltos y cajetillas.</p> <p style="text-align: right;"><b>S26B09</b></p>	<p>MONTO .....        </p> <p>NADA ..... 000</p> <p>\$998 O MÁS ..... 998</p> <p>NO SABE ..... 999</p>
<p>26.10 VENTA DE CIGARROS</p> <p>Durante los últimos 30 días (un mes), ¿alguien se negó a venderte cigarros debido a tu edad?</p> <p style="text-align: right;"><b>S26B10</b></p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>26.11 INFORMACIÓN EN ESCUELA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;">       REFIÉRASE A 5.4 Y PREGUNTAR SÓLO SÍ VÁ A LA ESCUELA     </div> <p>Durante los últimos doce meses, ¿te habló algún maestro sobre los peligros de fumar?</p> <p style="text-align: right;"><b>S26B11</b></p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NORECUERDA ..... 9</p>
<p>26.12 INFORMACIÓN DE PROFESIONAL SALUD</p> <p>Durante los últimos doce meses, ¿te explicó algún médico o profesional de salud sobre los peligros de fumar?</p> <p style="text-align: right;"><b>S26B12</b></p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NORECUERDA ..... 9</p>
<p>26.13 CONSUMO ALCOHOL</p> <p>¿Tomas bebidas alcohólicas, aunque sea ocasionalmente?</p> <p style="text-align: right;"><b>S26B13</b></p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 26.21</div></p>
<p>26.14 CONSUMO DE ALCOHOL DE BAJA GRADUACIÓN</p> <p>En promedio, ¿cuántas cervezas, cooler, viña real, etc. te tomas en una semana normal?</p> <p style="text-align: right;"><b>S26B14</b></p>	<p>NÚMERO DE BEBIDAS .....        </p> <p>NO SABE ..... 99</p>
<p>26.15 CONSUMO DE ALCOHOL DE ALTA GRADUACIÓN</p> <p>En promedio, ¿cuántas copas de vino, aguardiente, mezcal, etc. te tomas en una semana normal?</p> <p style="text-align: right;"><b>S26B15</b></p>	<p>NÚMERO DE BEBIDAS .....        </p> <p>NO SABE ..... 99</p>

26.16 FRECUENCIA DE CONSUMO

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

**S26B16**

---

26.17 GASTO EN ALCOHOL

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

**S26B17**

---

26.18 PROBLEMAS POR ALCOHOL

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

**S26B18**

---

26.19 VIOLENCIA POR ALCOHOL

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

**S26B19**

---

26.20 FRECUENCIA DE VIOLENCIA

¿Qué tan frecuente dirías que ocurre esto:

LEA TODAS LAS OPCIONES

**S26B20**

NOTOMÓ EN EL ÚLTIMO MES ..... 1 → 

PASE A 26.19

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

MONTO ..... | | | | |

\$99 998 O MÁS ..... **99998**

NO SABE ..... **99999**

Sí ..... 1

NO ..... 2

NORESPONDE ..... 9

Sí ..... 1

NO ..... 2

NORESPONDE ..... 9 → 

PASE A 26.21

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?

**S26B21**

EDAD ..... | | |

NO HATENIDO ..... **00** → 

PASE A 26.23

NORESPONDE ..... **99**

## 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"

	Esponánea	SIDA
Pastillas o píldoras .....	S26B2201 01	S26B2217 01
Dispositivo, DIU o aparatito .....	S26B2202 02	S26B2218 02
Inyecciones .....	S26B2203 03	S26B2219 03
Norplant, tubitos o implantes .....	S26B2204 04	S26B2220 04
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma .....	S26B2205 05	S26B2221 05
Condón o preservativo .....	S26B2206 06	S26B2222 06
Operación femenina u OTB .....	S26B2207 07	S26B2223 07
Operación masculina o vasectomía .....	S26B2208 08	S26B2224 08
Ritmo, calendario, abstinencia	S26B2209	S26B2225
Periódica, termómetro, billings .....	09	09
Retiro o coito interrumpido .....	S26B2210 10	S26B2226 10
Anticoncepción de emergencia (después de la relación sexual) .....	S26B2211 11	S26B2227 11
Histerectomía .....	S26B2212 12	S26B2228 12
No usaron nada .....	S26B2213 13	S26B2229 13
Otro (ESPECIFIQUE) .....	S26B2215 S26B2231 S26B2214 S26B2230 14	14
NORESPONDE .....	S26B2216 99	S26B2232 99

## 26.23 EMBARAZO EN PRIMERA RELACIÓN

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

S26B23

SÍ .....	1
NO .....	2
NO SABE .....	9

## 26.24 PRUEBA DE PAPANICOLAOU

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

S26B2401

Cáncer .....	1
Otro (ESPECIFIQUE) .....	S26B2402 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 → <b>PASE A 26.3</b></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 → <b>PASE A 26.11</b></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 → <b>PASE A 26.7</b></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 VA 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)?

- 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

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 → <b>PASE A 26.3</b></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 → <b>PASE A 26.11</b></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 → <b>PASE A 26.7</b></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 Ó 3 VECES EN EL ÚLTIMO MES ..... 3
- 4 O MÁS VECES EN EL ÚLTIMO MES ..... 4
- NO RESPONDE ..... 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
- NO SABE ..... 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
- NO RESPONDE ..... 9

### 26.19 VIOLENCIA POR ALCOHOL

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

- SÍ ..... 1
- NO ..... 2
- NO RESPONDE ..... 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
- NO RESPONDE ..... 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 →
- NO RESPONDE ..... 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

id\_pers

## 27.1 CONDICIÓN DE EMBARAZO ACTUAL

¿Actualmente está embarazada?

S27B01

SÍ ..... 1  
 NO ..... 2  
 NO SABE ..... 9

PASE A  
27.3

## 27.2 MES DEL EMBARAZO

¿En qué mes de embarazo se encuentra?

S27B02

MES .....  
 NO SABE ..... 9

PASE A  
27.4

## 27.3 CONDICIÓN DE EMBARAZO ÚLTIMOS DOCE MESES

¿Estuvo embarazada en los últimos doce meses?

S27B03

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?

S27B04

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?

S27B05

MES .....  
 NO SABE ..... 9

## 27.6 PERSONAL DE REVISIÓN PRENATAL

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

S27B0601

CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS

S27B0602

S27B0603

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 (Nutrívada)?

S27B07

SÍ ..... 1  
 NO ..... 2  
 NO RECUERDA ..... 9

## 27.8 ENTREGA DE PAPILLA

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

S27B08

SÍ ..... 1  
 NO ..... 2  
 NO RECUERDA ..... 9

<p>27.9 LUGAR DE REVISIÓN PRENATAL</p> <p>¿En dónde se hizo la primera revisión de su embarazo?</p> <p style="text-align: right;"><b>S27B0901</b></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) <b>S27B0902</b> .....</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) <b>S27B0902</b> .....	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) <b>S27B0902</b> .....	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> <p style="text-align: right;"><b>S27B10</b></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> <p style="text-align: right;"><b>S27B11</b></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> <p style="text-align: right;"><b>S27B12</b></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="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">}</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">             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> <p style="text-align: right;"><b>S27B13</b></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> <p style="text-align: right;"><b>S27B14</b></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="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">}</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">             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> <p style="text-align: right;"><b>S27B15</b></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										

27.16 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN PRENATAL		SÍ	NO	NO SABE	
¿Durante las revisiones:	S27B1601	a) le tomaron muestra de orina? .....	1	2	9
	S27B1602	b) le aplicaron una vacuna contra el tétanos? .....	1	2	9
	S27B1603	c) le recetaron pastillas de hierro? .....	1	2	9
	S27B1604	d) la pesaron? .....	1	2	9
	S27B1605	e) le midieron su útero (matriz)? .....	1	2	9
	S27B1606	f) le hicieron la prueba para detectar sífilis (VDRL)? ..	1	2	9
	S27B1607	g) le dieron resultado de su grupo sanguíneo? .....	1	2	9
	S27B1608	h) le hicieron exploración de mamas? .....	1	2	9
	S27B1609	i) le preguntaron si tenía sangrado durante su embarazo? .....	1	2	9
	S27B1610	j) le preguntaron si tenía flujo vaginal durante su embarazo? .....	1	2	9
	S27B1611	k) tiene sus citas programadas en su carnet de control prenatal? .....	1	2	9
	S27B1612	l) le recomendaron la lactancia? .....	1	2	9
	S27B1613	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?	S27B17	SÍ .....	1		
		NO .....	2		
		NORECUERDA .....	9		
27.18 PRODUCTOS DE EMBARAZO					
¿Este embarazo fue múltiple, es decir, de gemelos, cuates, triates, etc.?	S27B18	SÍ .....	1		
		NO .....	2		PASE A 27.23
27.19 RESULTADO MÚLTIPLE DEL EMBARAZO					
¿El resultado de este embarazo fue:	S27B19	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		PASE A 27.37
		un aborto? .....	4		
27.20 MORTINATOS					
¿Cuántas niñas o niños de este embarazo nacieron muertos?	S27B20	TOTAL DE NIÑOS NACIDOS MUERTOS .....			
27.21 NACIDOS VIVOS					
¿Cuántas niñas o niños de este embarazo nacieron vivos?	S27B21	TOTAL DE NIÑOS NACIDOS VIVOS .....			
27.22 ACTUALMENTE VIVOS					
¿Cuántas niñas o niños de este embarazo viven actualmente?	S27B22	TOTAL DE NIÑOS ACTUALMENTE VIVOS .....			
		TODOS .....	8		PASE A 27.24
		NINGUNO(A) .....	0		PASE A 27.27

27.23 RESULTADO DEL EMBARAZO

¿El resultado de este embarazo fue:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA **S27B23**

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

27.25 FECHA DE NACIMIENTO

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

REFIÉRASE A PREGUNTA 3.8 Y VACIE LA INFORMACIÓN SOLICITADA

27.26 CONFIRMACIÓN DE FECHA

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

**S27B26**

27.27 PERSONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO

¿Quién la atendió durante el parto?

**S27B2701**

27.28 TIPO DE PARTO

¿El parto fue normal o cesárea?

**S27B28**

una niña o niño nacido vivo? ..... 1

una niña o niño nacido muerto? ..... 2

un aborto? ..... 3

PASE A  
27.37

NOMBRE .....

CLAVE DE RESIDENTE ..... **S27B2401** .....

NOMBRE .....

CLAVE DE RESIDENTE ..... **S27B2402** .....

NOMBRE .....

CLAVE DE RESIDENTE ..... **S27B2403** .....

a) DÍA ..... **S27B2501** ..... | |

NO SABE DÍA ..... 99

b) MES ..... **S27B2502** ..... | |

NO SABE MES ..... 99

c) AÑO ..... **S27B2503** ..... | |

NO SABE AÑO ..... 99

SÍ ..... 1

NO ..... 2

MÉDICO ..... 1

ENFERMERA ..... 2

PARTERA ..... 3

AUXILIAR DE SALUD ..... 4

PROMOTORA DE SALUD ..... 5

FAMILIAR O AMIGO ..... 6

NADIE ..... 7

OTRO (ESPECIFIQUE) ..... **S27B2702** ..... 8

Normal ..... 1

Cesárea ..... 2

NO SABE ..... 9

27.29 LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO

¿Dónde la atendieron durante el parto?

S27B2901

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) S27B2902 ..... 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

S27B3001

S27B3002

S27B3003

PASE A 27.33

27.31 CONFIRMACIÓN DE PESO

¿Se verificó el peso en la hoja de alumbramiento?

S27B31

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)?

S27B32

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)?

S27B33

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)?

S27B34

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)?

S27B35

MESES ..... | | |

MENOS DE UN MES ..... 00

NUNCA LE HADADO OTRO ALIMENTO ..... 98 → PASE A 27.37

93

## 27.36 CONSUMO DE LÍQUIDOS

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

S27B3601

SÍ, TÉS ..... 1  
 SÍ, AGUA ..... 2  
 SÍ, AGUA AZUCARADA ..... 3  
 SÍ, OTRO (ESPECIFIQUE) **S27B3602** ..... 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?

S27B37

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?

S27B38

MESES ..... | | |  
 NO RECUERDA ..... 99

## 27.39 RECEPCIÓN DE RESULTADO

¿Ya recibió su resultado?

S27B3901

SÍ ..... 1  
 NO ..... 2  
 → ¿PORQUÉ? **S27B3902** .....

## 27.40 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

S27B40

SÍ ..... 1  
 NO ..... 2  
 NO SABE ..... 9

→ PASE A  
27.42

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.

S27B4101

S27B4102

S27B4103

S27B4104

S27B4105

S27B4106

S27B4107

S27B4108

S27B4109

S27B4110

S27B4111

S27B4112

S27B4113

S27B4114

S27B4116

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) S27B4115 ..... 14

NORESPONDE ..... 99

27.42 EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

S27B42

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"

Espon

SIDA

S27B4301

S27B4317

Pastillas o píldoras ..... 01 01

S27B4302

S27B4318

Dispositivo, DIU o aparatito ..... 02 02

S27B4303

S27B4319

Inyecciones ..... 03 03

S27B4304

S27B4320

Norplant, tubitos o implantes ..... 04 04

S27B4305

S27B4321

Óvulos, jaleas, espumas o diafragma ..... 05 05

S27B4306

S27B4322

Condón o preservativo ..... 06 06

S27B4307

S27B4323

Operación femenina u OTB ..... 07 07

S27B4308

S27B4324

Operación masculina o vasectomía ..... 08 08

S27B4309

S27B4325

Ritmo, calendario, abstinencia  
Periódica, termómetro, billings ..... 09 09

S27B4310

S27B4326

Retiro o coito interrumpido ..... 10 10

S27B4311

S27B4327

Anticoncepción de emergencia (después  
de la relación sexual) ..... 11 11

S27B4312

S27B4328

Histerectomía ..... 12 12

S27B4313

S27B4329

No usaron nada ..... 13 13

S27B4314

S27B4330

Otro (ESPECIFIQUE) S27B4315 S27B4331 ..... 14 14

S27B4316

S27B4332

NORESPONDE ..... 99 99

<p>27.44 DECISIÓN DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO</p> <p>¿Quién decide qué método anticonceptivo usar?</p> <p style="text-align: right;"><b>S27B44</b></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 style="text-align: right;"><b>S27B45</b></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 style="text-align: right;"><b>S27B46</b></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 style="text-align: right;"><b>S27B47</b></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 style="text-align: right;"><b>S27B48</b></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 style="text-align: right;"><b>S27B49</b></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> <p style="text-align: right;"><b>S27B5001</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5002</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5003</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5004</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5005</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5006</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5007</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5008</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5009</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5011</b></p> <p style="text-align: right;"><b>S27B5012</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <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) <b>S27B5010</b> ..... 09</p> <p>NORESPONDE ..... 10</p> <p>NO SABE ..... 99</p>



27.51 SEÑALES DE ALARMA DESPUÉS DEL PARTO	
¿Qué señales de alarma conoce usted que le pueden dar a la mujer después del parto?	S27B5101
	S27B5102
	S27B5103
	S27B5104
	S27B5105
	S27B5107
	S27B5108

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) <u>S27B5106</u> .....	5
NORESPONDE .....	6
NO SABE .....	9

ENTREVISTE A MUJER DE 15 A 49 AÑOS	
<b>NOMBRE DE LA MUJER:</b> _____	<b>CLAVE DE RESIDENTE</b> <div style="text-align: center;">   </div>

98

## 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 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 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><b>¿Quién decide qué método anticonceptivo usar?</b></p>	<p>ELLA ..... 1</p> <p>SUPAREJA ..... 2</p> <p>LOS DOS ..... 3</p>
<p>27.45 EMBARAZO EN PRIMERA RELACIÓN</p> <p><b>¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?</b></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><b>Dados los problemas que puede haber en el embarazo, ¿la mejor edad para que una mujer se embarace es antes de los 20 años?</b></p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 9</p>
<p>27.47 TIEMPO DE ESPERA ENTRE EMBARAZOS</p> <p><b>¿Es recomendable que las mujeres dejen pasar por lo menos 2 años entre un embarazo y el siguiente?</b></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><b>¿El consumo de tabaco afecta el desarrollo del bebé durante el embarazo?</b></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><b>¿El consumo de alcohol afecta el desarrollo del bebé durante el embarazo?</b></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><b>¿Qué señales de alarma durante el embarazo conoce usted?</b></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

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

## 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 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 27.23</span></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 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 27.21</span></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 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 27.37</span></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 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 27.24</span></p> <p>NINGUNO(A) ..... 0 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 27.27</span></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: .....

118

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?			
S29B0301 S29B0303 S29B0302 ➡ S29B0304				S29B0401 S29B0403 S29B0402 ➡ S29B0404				S29B0501 S29B0503 S29B0502 ➡ S29B0504			
DÍA	MES	AÑO	NO SABE	DÍA	MES	AÑO	NO SABE	DÍA	MES	AÑO	NO SABE
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9
_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9	_____	_____	_____	9

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



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><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>S29B08</div><div><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>S29B09</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

[illegible]

## RECUADRO DE CONTROL

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

PARA TODAS LAS PERSONAS				
3.1	LISTA DE PERSONAS			EDAD
	3.2			3.3
N Ú M E R O  D E  R E S I D E N T E	<div>LEA LOS NOMBRES DE LA MISMA FORMA EN QUE APARECEN EN EL LISTADO Y ANOTE AQUELLOS QUE CORRESPONDEN A LAS PERSONAS QUE HABITAN ACTUALMENTE EN EL HOGAR.</div>			¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?
	<div>PARA HOGARES NUEVOS</div> <div>POR FAVOR, DÍGAME EL NOMBRE Y LOS APELLIDOS DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN NORMALMENTE AQUÍ, EMPEZANDO POR EL JEFE O LA JEFA DEL HOGAR; NO OLVIDE A LOS NIÑOS CHIQUITOS Y A LOS ANCIANOS. (INCLUYA TAMBIÉN A LOS EMPLEADOS DOMÉSTICOS QUE DUERMEN AQUÍ).</div> <div>ANOTE EL NÚMERO DE RESIDENTE DE LA PERSONA QUE CONTESTA EL CUESTIONARIO.</div> <div>TABLA: tbl_hogares</div> <div>S03B0201</div> <div>NÚMERO DE RESIDENTE</div> <div>edad</div>			MENOR DE 1 AÑO .. 00
				98 AÑOS O MÁS ..... 98
				NO SABE ... 99
NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	AÑOS	
			_ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _	
			_ _ _ _ _	

SI EN EL HOGAR HABITAN MÁS DE 10 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO CON LA MISMA IDENTIFICACIÓN EN LA CARÁTULA.