



Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009

Cédula Biológica

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____

LOCALIDAD _____

COLONIA _____

CLAVE DE AGEB.....|_____|-|_____|

MANZANA|_____|

2. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

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

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

3. FOLIO DEL HOGAR

FILTRO:

MUESTRA PANEL

NIÑO SELECCIONADO.....1 → APLIQUE SECCIÓN 1 Y 2

MADRE DE NIÑO SELECCIONADO.....2

MUESTRA EDUCACIÓN

NIÑO DE 0 A 4 AÑOS Y 11 MESES SELECCIONADO.....3 → APLIQUE SECCIÓN 2

NIÑO O JÓVEN DE 5 A 24 AÑOS SELECCIONADO.....4 → APLIQUE SECCIÓN 1

MUESTRA MAS

NIÑO DE 0 A 4 AÑOS Y 11 MESES SELECCIONADO.....5 → APLIQUE SECCIÓN 1 Y 2

MADRE DE NIÑO DE 0 A 24 MESES SELECCIONADO.....6

MUJER EMBARAZADA SELECCIONADA.....7

HOMBRE O MUJER CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN.....8 → APLIQUE SECCIÓN 1 y 3

HOMBRE O MUJER CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE HIPERTENSIÓN.....9

MUESTRA FOCALIZACIÓN

NIÑO DE 0 A 4 AÑOS Y 11 MESES SELECCIONADO.....10 → APLIQUE SECCIÓN 1 y 2

MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA 15 A 49 AÑOS SELECCIONADA.....11 → APLIQUE SECCIÓN 2

4. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SELECCIONADA

NÚMERO DE RENGLÓN _____

NOMBRE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

SI LA PERSONA SELECCIONADA TIENE MÁS DE 18 AÑOS PASE A LA PREGUNTA 1.1

5. INFORMACIÓN DE LA MADRE DEL NIÑO SELECCIONADO

NÚMERO DE RENGLÓN _____

NOMBRE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

6. RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.	4a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____	_____	_____	_____
FECHA (dd mm aa)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
RESULTADO (*)	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
HORA DE INICIO	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
HORA DE TÉRMINO	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA 01 ENTREVISTA COMPLETA 03 AUSENTE TEMPORAL 05 OTRO (ESPECIFIQUE) _____
02 ENTREVISTA INCOMPLETA 04 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN

I. ANTROPOMETRÍA DE LA PERSONA SELECCIONADA

<p>PRIMER PESO</p> <p>1.1 Voy a pesar a (NOMBRE).</p>
<p>SEGUNDO PESO</p> <p>1.2 Para estar seguro que lo hice bien, nuevamente voy a pesar a (NOMBRE).</p>
<p>ESTA PREGUNTA APLICA ÚNICAMENTE SI LA DIFERENCIA ENTRE LAS PRIMERAS DOS MEDICIONES DE PESO SALEN FUERA DEL RANGO ESTABLECIDO</p> <p>TERCER PESO</p> <p>1.3 La diferencia entre los dos pesos es un poco más de lo que se esperaba por lo que voy a pesar a (NOMBRE) una vez más.</p>
<p>PESO DE NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS Y 11 MESES</p> <p>1.3.1 ¿(NOMBRE) se pesó....</p>
<p>PESO PARA PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS</p> <p>1.3.2 ¿(NOMBRE) se pesó....</p>
<p>PRIMERA TALLA</p> <p>1.4 Ahora voy a medir a (NOMBRE).</p>
<p>SEGUNDA TALLA</p> <p>1.5 Para estar seguro que lo hice bien, nuevamente voy a medir a (NOMBRE).</p>
<p>ESTA PREGUNTA APLICA ÚNICAMENTE SI LA DIFERENCIA ENTRE LAS PRIMERAS DOS MEDICIONES DE TALLA SALEN FUERA DEL RANGO ESTABLECIDO</p> <p>TERCERA TALLA</p> <p>1.6 La diferencia entre las dos mediciones es un poco más de lo que se esperaba por lo que voy a medir a (NOMBRE) una vez más.</p>
<p>1.7 Tiene impedimento físico para las mediciones de antropometría.</p> <p>ANOTAR "SÍ", SI EL NIÑO TIENE CUALQUIER IMPEDIMENTO QUE NO PERMITE LAS MEDICIONES CON LAS TÉCNICAS APROPIADAS</p>

<p>_____ Kilos</p> <p>No se pesó999.999</p>
<p>_____ Kilos</p> <p>No se pesó999.999</p>
<p>_____ Kilos</p> <p>No se pesó999.999</p>
<p>desnudo.....1</p> <p>con ropa.....2</p> <p>nose pesó.....9</p>
<p>con ropa gruesa.....1</p> <p>con ropa delgada.....2</p> <p>nose pesó.....9</p>
<p>_____ Centímetros</p> <p>No se midió.....999.9</p>
<p>_____ Centímetros</p> <p>No se midió.....999.9</p>
<p>_____ Centímetros</p> <p>No se midió.....999.9</p>
<p>_____</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>

I. ANTROPOMETRÍA DE LA PERSONA SELECCIONADA

SÓLO PARA MUJERES EMBARAZADAS

1.8 Fecha aproximada de última menstruación.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
DIA MES AÑO

No sabe.....99 99 9999

1.9 Fecha aproximada de parto.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
DIA MES AÑO

No sabe.....99 99 9999

1.10 Fecha de nacimiento del último hijo.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
DIA MES AÑO

Actualmente estoy embarazada y es mi
primer embarazo.....88 88 8888

No sabe.....99 99 9999

2. HEMOGLOBINA DE LA PERSONA SELECCIONADA

TOMA DE HEMOGLOBINA

2.1 Voy a hacerle a (NOMBRE) un pequeño piquete en la yema del dedo.

2.2 DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

REVISAR LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CON EL CUADRO DE PUNTOS DE CORTE PARA ANEMIA Y MARCAR AQUÍ SI TIENE ANEMIA.

_____|_____|_____|_____| g/dl

No se tomó la muestra.....99.9 →

PASE A LA
SECCIÓN 3

Sí.....1

No.....2

MARCAR EN HOJA DE RESULTADO ←

3. ANTROPOMETRÍA Y MUESTRA DE SANGRE CAPILAR DE UN HOMBRE O UNA MUJER SELECCIONADO(A) CON DIAGNOSTICO PREVIO DE DIABETES O HIPERTENSIÓN

PRIMERA PRESIÓN ARTERIAL

3.1 Necesito que esté lo más relajado posible para poder realizar la medición de su presión.

SEGUNDA PRESIÓN ARTERIAL

3.2 Necesito que esté lo más relajado posible para poder realizar la medición de su presión.

HORA ÚLTIMO ALIMENTO

3.3 ¿A qué hora tomó su último alimento (desayuno, comida, cena)?

ANOTAR EN RELOJ DE 24 HORAS

_____|_____|_____|_____|/_____|_____|_____|_____|
Sistólica Diastólica

No se tomó medición.....999/999

_____|_____|_____|_____|/_____|_____|_____|_____|
Sistólica Diastólica

No se tomó medición.....999/999

_____|_____|_____|_____|
HORAS MINUTOS

No sabe horas.....99

No sabe minutos.....99

FILTRO: SI LA PERSONA TIENE COMO UNICO DIAGNÓSTICO PREVIO HIPERTENSIÓN TERMINE EL CUESTIONARIO

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA

3.4 Ahora voy a hacerle una prueba de hemoglobina glucosilada. Esta medición nos permite ver que tan controlada está el azúcar en su sangre. Si no lo conocen, es una prueba muy común que se utiliza en personas con diabetes o algún factor de riesgo para diabetes.

|_|_|_|_|. |_|_| %

No se tomó muestra.....99.9