



ENCUESTA DE HOGARES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA JUNTOS GESTANTES, MUJERES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



CUESTIONARIO CONFIDENCIAL: AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604 Y POR EL
DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

Doc. JUNTOS 02

FECHA DE LA ENCUESTA	/ /
----------------------	-----

CUESTIONARIO N°	Cuestionario Adicional
	1

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		CÓDIGO			
1. DEPARTAMENTO					
2. PROVINCIA					
3. DISTRITO					
4. CENTRO POBLADO					

B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL	
5. CONGLOMERADO	
6. VIVIENDA	
7. ZONA N°	
8. MANZANA N°	
9. A.E.R.	

10. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

Tipo de Vía: Avenida 1 Calle..... 2 Jirón..... 3 Pasaje..... 4 Carretera 5 Otro..... 6

Nombre de la Av., Calle, Jr., Pasaje, Carretera, etc.	N° de Puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	N° Teléfono

12. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ENCUESTADOR/A					SUPERVISOR/A				
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)
		DE	A	FECHA	HORA			DE	A	
1°										
2°										
3°										

13. RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA	FECHA	
	RESULTADO	

FECHA	
RESULTADO	

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO		
Completa..... 1	Ausente 4	No se inició la entrevista..... 6
Incompleta 2	Vivienda Desocupada 5	Otro..... 7
Rechazo..... 3		(Especifique)

14. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

CARGO	DNI	NOMBRE Y APELLIDOS
ANTROPOMETRISTA/ENCUESTADOR		
SUPERVISOR/A LOCAL		
COORDINADOR/A DEPARTAMENTAL		
SUPERVISOR/A NACIONAL		

15. DATOS DE CONTROL

TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS MEDIDOS	TOTAL DE NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS MEDIDOS

16. IDIOMA EN QUE SE REALIZÓ LA ENCUESTA

CASTELLANO..... 1
QUECHUA 2
AYMARA 3
OTRO 4
(ESPECIFIQUE)

SALUD MATERNO INFANTIL Y ANTROPOMETRIA
Gestante y/o madre con hijos menores de 05 años

CAPÍTULO 400A. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

401. Nombres y apellidos de la gestante o madre de los niños <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> N° de Orden: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	402. Número de DNI <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
403. ¿Cuántos embarazos que terminaron en hijos nacidos vivos, ha tenido en los últimos 5 años? Primer embarazo (actual)...1 → Pase a 415 Número de embarazos.....2 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	404. ¿Cuántos de estos hijos están vivos? <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

AHORA ME GUSTARÍA CONOCER SOBRE SUS EMBARAZOS QUE TERMINARON EN HIJOS NACIDOS VIVOS EN ESTOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ESTÉN VIVOS O NO LOS NIÑOS, VIVAN O NO USTED, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO QUE TUVO:

N°	405. ¿Cuál es el nombre de sus hijos nacidos en los últimos 5 años (De menor a mayor)?	406. ¿(NOMBRE) nació por parto único o múltiple?		407. El sexo de (NOMBRE) es:		408. ¿Cuál es el mes y año de su nacimiento de (NOMBRE)?		409. Su niño fue inscrito en la municipalidad?		410. ¿(NOMBRE) está vivo?		411. ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?
		Único.....1	Múltiple...2	Hombre . 1	Mujer..... 2	MES	AÑO	SI	NO	Si.....1	No.....2 → Pase a sgte. Hijo	
1		1	2	1	2			1	2	1	2	
2		1	2	1	2			1	2	1	2	
3		1	2	1	2			1	2	1	2	
4		1	2	1	2			1	2	1	2	

412. ¿Actualmente Ud. o su pareja están haciendo algo o usando algún método para no tener hijos? Sí 1 → Pase a 414 No 2 → Pase a 415 Está embarazada 3 → Pase a 415 Sin pareja/ no tiene RRSS 4 → Pase a 414	415. ¿Le gustaría tener otro hijo? Sí 1 No 2 No precisa, no sabe 3 → Pase a 417
413. ¿Qué están haciendo o usando para evitar quedar embarazada? ACEPTE UNA O MÁS ALTERNATIVAS Esterilización femenina 1 Esterilización masculina (vasectomía 2 Píldora 3 DIU o T de cobre 4 Inyección 5 Implantes o Norplant 6 Condón (masculino/femenino) 7 Espumas, jaleas, óvulos vaginales 8 Lactancia materna exclusiva 9 Abstinencia periódica 10 Retiro 11 Anticoncepción oral de emergencia 12 Otro 13 (Especifique)	416. ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar para tener otro hijo? (En gestantes, considerar tiempo a partir del parto). Meses.....1 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Años.....2 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> No sabe3 SI ES PRIMER EMBARAZO PASE A 515
414. ¿Por cuánto tiempo no está usando un método para evitar un embarazo? 1. Semanas (Si es < a un mes) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 2. Meses (Si es < a un año) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 3. Años <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	417. Nombre del último hijo vivo: <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> N° de Orden: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
418. En el embarazo de (NOMBRE) ¿Le hicieron su control prenatal alguna vez? Sí 1 No 2 → Pase a 422	419. ¿Quién o quienes le realizaron el control prenatal? Médico 1 Obstetra 2 Enfermera 3 Sanitario 4 Promotor/Agente de Salud 5 Partera 6 Otro 7 (Especifique)

511. Transcriba del carné las fechas de vacunación registradas con bolígrafo, para cada vacuna.
ANOTE 99 EN EL RECUADRO, SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE APLICÓ LA VACUNA PERO NO HAY FECHA

VACUNAS	DIAS	MES	AÑO	VACUNAS	DIAS	MES	AÑO
BCG (RN)				PENTA 1			
HVB (RN)				PENTA 2			
POLIO 1				PENTA 3			
POLIO 2				TETRA			
POLIO 3				ANTISARAMPION			
DPT 1				SPR			
DPT 2				HEXA 1			
DPT 3				HEXA 2			
ANTIHEPATITIS B 0				HEXA 3			
ANTIHEPATITIS B 1				ANTIAMARILICA			
ANTIHEPATITIS B 2							
ANTIHEPATITIS B 3							

512. Anote el número de controles de crecimiento y desarrollo del niño que se registra en el carné desde el nacimiento

	De 1 a 11 meses	De 12 a 23 meses	De 24 a más meses
N° de Controles			

512A. Anote la fecha del primero y último control

	DD	MM	AAAA
Primer control			
Último control			

Pase a 515

513. ¿Tuvo Ud. Alguna vez la tarjeta de vacunación de (NOMBRE)?

Sí.....1 No.....2 No sabe..... 98

514. VACUNAS RECIBIDAS (INDAGUE)

(NOMBRE):	Cuántas vacunas?	Cuántas vacunas?
Recibió BCG?..... 1		Recibió ANTISARAMPION?..5
Recibió ANTIPOLIO? 2		Recibió ANTI HEPATITIS?.....6
Recibió DPT?..... 3		Recibió ANTIAMARILICA?.... 7
Recibió PENTAVALENTE?.... 4		No sabe.....98

OBSERVACIONES:

CAPÍTULO 500B. PRÁCTICAS DE HIGIENE

515. ¿En qué momentos se lava las manos?

CIRCULE LA RESPUESTA Y REGISTRE EN ORDEN EN QUE LA ENTREVISTADA MENCIONE.

	ORDEN DE REGISTRO
Después de usar el baño..... 1	
Después de cambiar pañales..... 2	
Antes de preparar los alimentos..... 3	
Antes de servir los alimentos..... 4	
Antes de comer..... 5	
Antes de alimentar al niño..... 6	
Cualquier momento..... 7	
Otro..... 8	
(Especifique)	
Otro..... 9	
(Especifique)	

516. ¿Para qué utilizó jabón, jaboncillo, detergente el día de ayer y hoy?

(Si menciona que se lavó o lavó las manos a sus hijos, sondee en que ocasiones pero no lea alternativas)

ACEPTE MAS DE UNA ALTERNATIVA DE RESPUESTA

Lavar ropa..... 1
Bañarse..... 2
Bañar a los hijos..... 3
Lavar la parte inferior de los niños..... 4
Lavar las manos de los niños..... 5
Lavarse las manos después de ir al baño..... 6
Lavarse después de cambiar pañales a los niños..... 7
Lavar las manos antes de alimentar a los niños..... 8
Lavar los platos..... 9
Lavar las manos antes de preparar la comida..... 10
Lavarse las manos antes de comer..... 11
Otro..... 12
(Especifique)
Otro..... 13
(Especifique)
No usó jabón ni detergente..... 14

OBSERVACIONES:

**CAPÍTULO 600 ANTROPOMETRIA (PESO Y TALLA)
(PARA TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS)**

601. Último hijo nacido vivo

601A. Número de Orden	<input type="text"/>	601E. Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
601B. Nombre	<input type="text"/>	601E.1 Fecha de medición	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
601C. ¿Está usted de acuerdo con que su niño o niña sea pesado y tallado? ACEPTO 1 RECHAZO 2 NO VIVE EN LA VIVIENDA 3	} Pase a 602	601F. Talla (en centímetros)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		601F.1 Posición en la que fue medido ACOSTADO 1 DE PIE 2	
601D. Sexo HOMBRE 1 MUJER 2		601G. Peso (en kilogramos)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

602. Penúltimo nacido vivo

602A. Número de Orden	<input type="text"/>	602E. Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
602B. Nombre	<input type="text"/>	602E.1 Fecha de medición	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
602C. ¿Está usted de acuerdo con que su niño o niña sea pesado y tallado? ACEPTO 1 RECHAZO 2 NO VIVE EN LA VIVIENDA 3	} Pase a 603	602F. Talla (en centímetros)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		602F.1 Posición en la que fue medido ACOSTADO 1 DE PIE 2	
602D. Sexo HOMBRE 1 MUJER 2		602G. Peso (en kilogramos)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

603. Para el Antepenúltimo nacido vivo

603A. Número de Orden	<input type="text"/>	603E. Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
603B. Nombre	<input type="text"/>	603E.1 Fecha de medición	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
603C. ¿Está usted de acuerdo con que su niño o niña sea pesado y tallado? ACEPTO 1 RECHAZO 2 NO VIVE EN LA VIVIENDA 3	} Pase a sgt niño	603F. Talla (en centímetros)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		603F.1 Posición en la que fue medido ACOSTADO 1 DE PIE 2	
603D. Sexo HOMBRE 1 MUJER 2		603G. Peso (en kilogramos)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

604. Para la niña o niño de 5 a 9 años Medido en la línea de Base

604A. Número de Orden	<input type="text"/>	604E. Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
604B. Nombre	<input type="text"/>	604E.1 Fecha de medición	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
604C. ¿Está usted de acuerdo con que su niño o niña sea pesado y tallado? ACEPTO 1 RECHAZO 2	} Pase a sgt niño	604F. Talla (en centímetros)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		604F.1 Posición en la que fue medido ACOSTADO 1 DE PIE 2	
604D. Sexo HOMBRE 1 MUJER 2		604G. Peso (en kilogramos)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



INEI

INSTITUTO
NACIONAL DE
ESTADISTICA E
INFORMATICA