

100. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

DATOS DE LA VIVIENDA

101. TIPO DE VIVIENDA:

(Observe la vivienda y circule solo un código)

- Casa independiente 1
- Departamento en edificio 2
- Vivienda en quinta 3
- Vivienda en casa de vecindad (callejón, solar o corralón) 4
- Choza o cabaña 5
- Vivienda improvisada 6
- Local no destinado para habitación humana 7
- Otro 8

(Especifique)

106. EL TIPO DE ALUMBRADO EN SU VIVIENDA ES:

- ¿Electricidad? 1
- ¿Kerosene (mechero/lamparín)? 2
- ¿Petróleo/Gas (lámpara)? 3
- ¿Vela? 4
- ¿Generador? 5
- ¿Otro? 6
- NO TIENE 7

(Especifique)

PASE A P108

102. SU VIVIENDA ES:

- ¿Alquilada? 1
- ¿Propia, totalmente pagada? 2
- ¿Propia, por invasión? 3
- ¿Propia, comprándola a plazos? 4
- ¿Cedida por el centro de trabajo? 5
- ¿Cedida por otro hogar o institución? 6
- ¿Otra forma? 7

(Especifique)

107. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SUMINISTRO DE LUZ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- No sabe suministro de luz 1
- No tiene suministro de luz 2

103. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES ES:

- ¿Ladrillo o bloque de cemento? 1
- ¿Piedra o sillar con cal o cemento? 2
- ¿Adobe? 3
- ¿Tapia? 4
- ¿Quincha (caña con barro)? 5
- ¿Piedra con barro? 6
- ¿Madera? 7
- ¿Estera? 8
- ¿Otro material? 9

(Especifique)

108. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA PROCEDE DE:

- ¿Red pública dentro de la vivienda? 1
- ¿Red pública fuera de la vivienda, pero dentro del edificio? 2
- ¿Pilón de uso público? 3
- ¿Camión - cisterna u otro similar? 4
- ¿Pozo? 5
- ¿Río, acequia, manantial o similar? 6
- ¿Otra forma? 7

(Especifique)

PASE A P110

104. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS TECHOS ES:

- ¿Concreto armado? 1
- ¿Madera? 2
- ¿Tejas? 3
- ¿Planchas de calamina, fibra de cemento o similares? 4
- ¿Caña o estera con torta de barro? 5
- ¿Estera? 6
- ¿Paja, hojas de palmera, etc.? 7
- ¿Otro material? 8

(Especifique)

109. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SUMINISTRO DE AGUA?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- No sabe suministro de agua 1
- No tiene suministro de agua 2

105. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS ES:

- ¿Parquet o madera pulida? 1
- ¿Láminas asfálticas, vinílicos o similares? 2
- ¿Losetas, terrazos o similares? 3
- ¿Madera (entablados)? 4
- ¿Cemento? 5
- ¿Tierra? 6
- ¿Otro material? 7

(Especifique)

110. EL SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE SU VIVIENDA ESTÁ CONECTADO A:

- ¿Red pública dentro de la vivienda? 1
- ¿Red pública fuera de la vivienda, pero dentro del edificio? 2
- ¿Pozo séptico? 3
- ¿Pozo ciego o negro/letrina? 4
- ¿Río, acequia o canal? 5
- NO TIENE 6

POR OBSERVACION

DATOS DEL HOGAR

**111. SIN CONTAR BAÑO, COCINA, PASADIZOS, NI GARAJE
¿CUÁNTAS HABITACIONES OCUPA ESTE HOGAR?**

Nº de habitaciones del hogar

112. EL COMBUSTIBLE QUE MÁS SE UTILIZA EN EL HOGAR PARA COCINAR ES:

- ¿Electricidad? 1
- ¿Gas propano? 2
- ¿Gas natural? 3
- ¿Kerosene?..... 4
- ¿Carbón? 5
- ¿Leña? 6
- ¿Bosta o estiércol? 7
- ¿Otro? 8
(Especifique)

NO COCINAN 9 →

**PASE A
P115**

113. GENERALMENTE EN SU HOGAR, EL LUGAR DONDE COCINAN:

- ¿Es un cuarto exclusivo para preparar los alimentos?..... 1
- ¿No es un cuarto exclusivo para preparar los alimentos (comparte con dormitorio, sala)? 2
- ¿Está al aire libre/patio/azotea? 3
- ¿Otra? 4
(Especifique)

**PASE A
P115**

114. EN SU HOGAR, EL CUARTO DONDE COCINAN ¿TIENE CHIMENEA, CONDUCTO O DESFOGUE PARA ELIMINAR EL HUMO?

- Sí..... 1
- No 2

115. EN SU HOGAR, ANTES DE TOMAR O BEBER EL AGUA:

- 1. ¿La hierven?
- 2. ¿Le echan lejía/cloro?
- 3. ¿Utiliza un filtro especial para agua?
- 4. ¿Filtra a través de una tela?
- 5. ¿Aplican la desinfección solar?
- 6. ¿La deja reposar?
- 7. ¿Otra forma?
(Especifique)
- 8. ¿La toman tal como viene de la fuente?

	Sí	No
1	1	2
2	1	2
3	1	2
4	1	2
5	1	2
6	1	2
7	1	2
8	1	2

116. ANTES DE BOTAR LA BASURA, ¿EN DÓNDE LA ALMACENAN?

- Recipiente cubierto 1
- Recipiente descubierto 2
- Bolsa de plástico/ costal / yute 3
- Bolsa de papel/ periódico/ caja de cartón 4
- No lo almacenan (la tiran dentro de la vivienda).... 5
- Otro 6
(Especifique)

**117. ¿CÓMO BOTAN LA BASURA QUE SE GENERA EN SU HOGAR?
(Circule uno o más códigos)**

- Esperan y entregan al camión recolector de basura 1
- La dejan en la calle o vía pública..... 2
- La arrojan en el río o lago..... 3
- La arrojan en el mar 4
- La arrojan en un botadero a cielo abierto ... 5
- La queman..... 6
- La entierran 7
- La usan como abono 8
- La utilizan para alimentar a sus animales... 9
- Otro 10
(Especifique)

**PASE A
P119**

118. ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA DEL SERVICIO DE RECOLECCIÓN DOMICILIARIO DE BASURA?

- Diaria 1
- Interdiaria..... 2
- Semanal 3
- Quincenal 4
- Mensual..... 5
- Otra 6
(Especifique)

119. ¿SU HOGAR TIENE:

- 1. Equipo de sonido?
- 2. Televisor a color?
- 3. DVD?
- 4. Licuadora?
- 5. Refrigeradora / Congeladora?
- 6. Cocina a gas?
- 7. Teléfono fijo?
- 8. Plancha eléctrica?
- 9. Lavadora?
- 10. Computadora?
- 11. Horno microondas?
- 12. Internet?
- 13. Cable?
- 14. Celular?

	Sí	No
1	1	2
2	1	2
3	1	2
4	1	2
5	1	2
6	1	2
7	1	2
8	1	2
9	1	2
10	1	2
11	1	2
12	1	2
13	1	2
14	1	2

(201) N° DE ORD.	(202) ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDOS DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR? (NO OLVIDE REGISTRAR A LOS MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES Y RECIÉN NACIDOS) Incluya: - A las personas que viven permanentemente en este hogar. - A las personas que viven permanentemente en este hogar, pero se encuentran ausentes temporalmente por trabajo, negocios, internados, etc., por un periodo igual o menor a 6 meses. No incluya: - A las personas que viven permanentemente en otro hogar. - A las personas que viven permanentemente en instituciones como hospitales psiquiátricos, asilos, cárceles, conventos, etc. - A las personas que están ausentes del hogar por un periodo mayor a 6 meses.		PARA TODAS LAS PERSONAS						PARA MENORES DE 3 AÑOS	PARA MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS	(209)	(210)			
			(203) ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR? Jefe/Jefa1 Esposa(o).....2 Hijo(a) / Hijastro(a).....3 Yerno/Nuera.....4 Nieto(a)5 Padres/Suegros6 Hermano(a).....7 Trabajador(a) del Hogar8 Pensionista9 Otros parientes.....10 Otros no parientes...11	(204) NÚCLEOS FAMILIARES a) Pareja de matrimonio o convivientes sin hijos. b) Pareja de matrimonio o convivientes con uno o más hijos solteros sin hijos. c) El padre o madre con uno o más hijos solteros sin hijos. Hijo soltero (propio, hijastro o adoptado), es aquel que nunca se ha casado ni ha vivido ni vive en unión de hecho o convivencia. A. N° de Núcleo Familiar		B. Relación de parentesco con el Jefe del Núcleo Familiar	(205) SEXO H M	(206) ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS? (Si la persona es menor de 3 años, anote en Años y Meses, de lo contrario solo anote en Años)	(207) CONVIERTA LA EDAD DEL NIÑO EN MESES	(208) ACTUALMENTE, ¿SE ENCUENTRA EMBARAZADA?	CIRCULE EL CÓDIGO DEL NIÑO DE 1 MES A MENOS DE 24 MESES DE EDAD (Circule solo si P207 es niño de 1 mes a menos de 24 meses de edad)	ANOTE EL NÚMERO DE PERSONA QUE CORRESPONDE A LA MADRE/ RESPONSABLE DEL NIÑO DE 1 MES A MENOS DE 24 MESES DE EDAD			
Nombre	Apellidos	Código	Número	Código	H	M	Años	Meses	Meses	Sí	No	Código	Persona N°		
1			1				1	2				1	2	1	
2							1	2				1	2	2	
3							1	2				1	2	3	
4							1	2				1	2	4	
5							1	2				1	2	5	
6							1	2				1	2	6	
7							1	2				1	2	7	
8							1	2				1	2	8	
9							1	2				1	2	9	
10							1	2				1	2	10	
11							1	2				1	2	11	
12							1	2				1	2	12	
13							1	2				1	2	13	
14							1	2				1	2	14	

(201) N° DE ORD.	PARA TODAS LAS PERSONAS			PARA PERSONAS DE 3 AÑOS A MÁS DE EDAD					PARA PERSONAS DE 6 AÑOS A MÁS DE EDAD			PARA PERSONAS DE 12 AÑOS A MÁS DE EDAD	
	(211) ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DE SALUD TIENE.....? (Anote uno o más códigos)	(212) ¿..... PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD: (Anote uno o más códigos)	(213) ACTUALMENTE, ¿..... ES BENEFICIARIO DEL PROGRAMA SOCIAL: (Anote uno o más códigos)	(214) ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA MATERNA QUE APRENDIÓ EN SU NIÑEZ.....?	(215) ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA CON EL QUE SE COMUNICA HABITUALMENTE.....?	(216) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR.....?	(217) ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ.....?			(218) EN EL ÚLTIMO MES..... ERA UN:	(219) (Anote solo si P218 es igual a 1, 2, 3, 4 o 5) ¿..... SE DESEMPEÑÓ EN EL SECTOR:	(220) ACTUALMENTE ¿CUÁL ES EL ESTADO CIVIL O CONYUGAL DE.....?	
	Essalud 1 FFAA/PNP 2 Seguro privado . 3 Seguro integral de salud (SIS) ... 4 Otro 5 NO TIENE 6	Para ver, parcial o total (problemas para ver aun con lentes /no puede ver)?..... 1 Para oír, parcial o total (problemas para oír aun con audífonos /no puede oír)?..... 2 Para hablar, parcial o total (dificultades permanentes)?..... 3 Para usar brazos y manos / piernas y pies? 4 Mental o intelectual (dificultades permanentes)?..... 5 NO TIENE DISCAPACIDAD..... 6	Vaso de leche? 1 Comedor popular? 2 Desayuno o almuerzo escolar? 3 "Papilla" o "Yapita" (PACFO)? 4 Canasta Alimentaria (PANFAR)? 5 Juntos? 6 Techo propio o Mi Vivienda? 7 Wawawasi/ Cuna Más? ... 8 Pensión 65? 9 Beca 18? 10 Otro? 11 NINGUNO 12	Castellano 1 Quechua 2 Aymara 3 Ashaninka 4 Idioma extranjero .. 5 Es sordomudo 6 Otra lengua Nativa 7	Castellano 1 Quechua 2 Aymara 3 Ashaninka 4 Idioma extranjero... 5 Es sordomudo 6 Otra lengua Nativa 7	Sí No	Sin Nivel 1 Inicial 2 Primaria Incompleta 3 Primaria Completa 4 Secundaria Incompleta. 5 Secundaria Completa... 6 Sup.No Univ. Incompleta 7 Sup.No Univ. Completa 8 Sup. Univ. Incompleta .. 9 Sup. Univ. Completa .. 10 Postgrado 11 ↓	¿Trabajador (a) dependiente asalariado? 1 ¿Trabajador(a) independiente? 2 ¿Empleador(a)? 3 ¿Trabajador(a) del hogar? 4 ¿Trabajador(a) familiar no remunerado(a)? 5 ¿Desempleado(a)? 6 ¿Quehaceres del hogar? 7 ¿Estudiante? 8 ¿Jubilado? 9 Sin actividad 10	Agrícola? 1 Pecuario? 2 Forestal? 3 Pesquero? 4 Minero? 5 Artesanal? 6 Comercial? 7 Servicios? 8 Gobierno? 9 Otros? 10	Conviviente 1 Separado(a) ... 2 Casado(a) 3 Viudo(a) 4 Divorciado(a) . 5 Soltero(a) 6			
	Código	Código	Código	Código	Código	Sí	No	Nivel	Año	Grado	Código	Código	Código
1						1	2						
2						1	2						
3						1	2						
4						1	2						
5						1	2						
6						1	2						
7						1	2						
8						1	2						
9						1	2						
10						1	2						
11						1	2						
12						1	2						
13						1	2						
14						1	2						

300. CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE / RESPONSABLE DEL NIÑO

PERSONA Nº:

NOMBRE DE LA MADRE / RESPONSABLE

301. ¿TIENE DNI?

Sí 1 No 2

Encuestador(a): solicite el DNI a la informante

Nº DNI:

--	--	--	--	--	--	--	--

No mostró DNI 1

302. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿UD. SE CONSIDERA:

- Quechua? 1
- Aymara? 2
- Nativo o Indígena de la Amazonía? 3
- Negro/ Mulato/ Zambo/ Afro peruano? 4
- Blanco? 5
- Mestizo? 6
- Otro? 7
(Especifique)
- No Sabe 8

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

303. LA SEMANA PASADA, DEL..... AL....., ¿TUVO UD. ALGÚN TRABAJO? (Sin contar los quehaceres del hogar)

Sí 1 → PASE A P306 No 2

304. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO O NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

Sí 1 → PASE A P306 No 2

305. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:

	Sí	No
1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar?	1	2
2. Ofreciendo algún servicio?	1	2
3. Haciendo algo en casa para vender?	1	2
4. Vendiendo productos de belleza, ropa, joyas, etc.?	1	2
5. Realizando alguna labor artesanal?	1	2
6. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo?	1	2
7. Trabajando para un hogar particular?	1	2
8. Fabricando algún producto?	1	2
9. Realizando labores remuneradas en la chacra o cuidado de animales?	1	2
10. Ayudando a un familiar sin remuneración?	1	2
11. Otra? _____ (Especifique)	1	2

Si todas las respuestas son "No", pase a P307

306. LA SEMANA PASADA, DEL..... AL..... ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EL DÍA:

	Horas
Domingo..... ?	
Lunes ?	
Martes ?	
Miércoles..... ?	
Jueves..... ?	
Viernes ?	
Sábado..... ?	
Total	

EMBARAZO ACTUAL

307. ACTUALMENTE, ¿ESTÁ UD. EMBARAZADA?

Sí 1

No 2 → PASE A P326

308. ¿CUÁNTOS MESES DE EMBARAZO TIENE?

Meses

No sabe 1

309. ¿SE HA HECHO CONTROL DEL EMBARAZO?

Sí 1

No 2 → PASE A P322

310. ¿TIENE UD. TARJETA DE CONTROL DEL EMBARAZO (TARJETA PRENATAL)?

Sí 1 → SOLICITE TARJETA

No 2 → PASE A P312

311. ENCUESTADOR(A) REVISE EN LA TARJETA SI A LA INFORMANTE LE ADMINISTRARON HIERRO Y FOLATOS

Sí 1 No 2

No mostró la tarjeta 3

312. ¿CUÁNTOS CONTROLES DE EMBARAZO SE HA HECHO HASTA AHORA?

Nº de controles

No sabe/ No recuerda 1

<p>313. ¿CUÁNTOS MESES DE EMBARAZO TENÍA CUANDO SE REALIZÓ EL PRIMER CONTROL?</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> Meses </p> <p>No sabe/ No recuerda..... 1</p>	<p>318. DESDE SU CASA, ¿CUÁNTO TIEMPO SE TARDA PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE HIZO SU ÚLTIMO CONTROL?</p> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="padding: 5px;">HORAS</th> <th style="padding: 5px;">MINUTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 80px; height: 30px;"></td> <td style="width: 80px; height: 30px;"></td> </tr> </tbody> </table> <p>No sabe 1</p>	HORAS	MINUTOS		
HORAS	MINUTOS				
<p>314. SU PRIMER CONTROL DE EMBARAZO LO HIZO EN:</p> <p>¿El Centro de salud/Puesto de salud/Posta? .. 1</p> <p>¿El Policlínico? 2</p> <p>¿El Hospital? 3</p> <p>¿La Clínica / Consultorio particular? 4</p> <p>¿La Fundaciones /Proyectos / ONG's?..... 5</p> <p>¿En su casa y atendió partera? 6</p> <p>¿En casa de la partera?..... 7</p> <p>¿Otro? 8</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	<p>319. EN ALGUNO DE SUS CONTROLES, ¿LE EXPLICARON ACERCA DE LOS PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN EL EMBARAZO?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 → PASE A P323</p>				
<p>315. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL..... DONDE SE HIZO SU PRIMER CONTROL?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>	<p>320. ¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS EN EL EMBARAZO QUE LE EXPLICARON? (Circule uno o más códigos)</p> <p>Dolor frecuente de cabeza 1</p> <p>Sangrado o pérdida de líquido de la vagina ..2</p> <p>Ausencia de movimientos fetales3</p> <p>Contracciones muy frecuentes4</p> <p>Náuseas, vómitos5</p> <p>Infecciones de transmisión sexual.....6</p> <p>Otro 7</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>				
<p>316. SU ÚLTIMO CONTROL DE EMBARAZO LO HIZO EN:</p> <p>¿El Centro de salud/Puesto de salud/Posta? .. 1</p> <p>¿El Policlínico? 2</p> <p>¿El Hospital? 3</p> <p>¿La Clínica / Consultorio particular? 4</p> <p>¿La Fundaciones /Proyectos / ONG's?..... 5</p> <p>¿En su casa y atendió partera? 6</p> <p>¿En casa de la partera?..... 7</p> <p>¿Otro? 8</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	<p>321. ¿LE DIJERON A DÓNDE ACUDIR SI SE LE PRESENTABAN ESTOS PROBLEMAS?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p style="text-align: right;">PASE A P323</p>				
<p>317. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL..... DONDE HIZO SU ÚLTIMO CONTROL?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>	<p>322. ¿POR QUÉ NO SE HIZO CONTROL DE EMBARAZO?</p> <p>No cree que sea importante 1</p> <p>No sabe dónde hacerlo2</p> <p>No existe un establecimiento de salud cerca de la vivienda3</p> <p>No confía / no le gusta el servicio que brindan en el establecimiento de salud.....4</p> <p>Otro 5</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>				
<p>318. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL..... DONDE HIZO SU ÚLTIMO CONTROL?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>	<p>323. DURANTE ESTE EMBARAZO, ¿A UD. LE APLICARON ALGUNA VACUNA CONTRA EL TÉTANO?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe / No responde.....3</p> <p style="text-align: right;">PASE A P325</p>				

ESTADO DE SALUD

324. ¿CUÁNTAS VECES LE APLICARON LA VACUNA CONTRA EL TÉTANO?

N° de veces

No sabe/ No responde..... 1

325. DURANTE ESTE EMBARAZO, UD. TOMÓ:

	Sí	No	No sabe	N° de días
1. ¿Hierro?	1	2	3	
2. ¿Ácido fólico?	1	2	3	
3. ¿Vitamina A?	1	2	3	

326. EN EL MES ANTERIOR, REALIZÓ ACCIONES COMO:

- ¿Cambiar pañales?
- ¿Bañar al niño?
- ¿Cocinar?
- ¿Lavar la ropa?
- ¿Levantar objetos pesados?
- ¿Trabajar en la chacra?
- ¿Caminar grandes distancias (2 hrs. aprox.)?
- ¿Correr?

	Sí	No
1	1	2
2	1	2
3	1	2
4	1	2
5	1	2
6	1	2
7	1	2
8	1	2

327. ¿LE FUE DIFÍCIL HACERLO?

	Sí	No
1	1	2
2	1	2
3	1	2
4	1	2
5	1	2
6	1	2
7	1	2
8	1	2

328. EN EL MES ANTERIOR, HA SUFRIDO UD. MOLESTIAS COMO:

- ¿Tos?
- ¿Diarrea?
- ¿Dolores de cabeza?
- ¿Secreción nasal o moqueo?
- ¿Dificultad para respirar?
- ¿Respiración corta y rápida?
- ¿Fiebre?
- ¿Dolor de estómago?
- ¿Náuseas y vómito?
- ¿Dolor de huesos (manos y/o rodillas)?
- ¿Infecciones de la piel?
- ¿Infecciones de los ojos?
- ¿Dolor de muelas?
- ¿Otras molestias o dolores?

	Sí	No
1	1	2
2	1	2
3	1	2
4	1	2
5	1	2
6	1	2
7	1	2
8	1	2
9	1	2
10	1	2
11	1	2
12	1	2
13	1	2
14	1	2

SI TODAS SON CÓDIGO 2 - "No" PASE A P331

329. ¿SE HIZO ATENDER POR ESTA MOLESTIA DE SALUD?

	Sí	No
1	1	2
2	1	2
3	1	2
4	1	2
5	1	2
6	1	2
7	1	2
8	1	2
9	1	2
10	1	2
11	1	2
12	1	2
13	1	2
14	1	2

330. ¿EN QUÉ LUGAR SE HIZO ATENDER? (anote código)

- CODIGOS**
- Centro de salud / Puesto de salud / Posta
 - Policlínico
 - Hospital
 - Clínica / Consultorio particular
 - Farmacia / Botica / Botiquin
 - Fundaciones / Proyectos / ONG's
 - Curandero(a)
 - Otros(Especifique)

331. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ALGUNA VEZ UD. FUE HOSPITALIZADA?

Sí..... 1 → N° de días
No..... 2

333. ¿QUÉ UTILIZA CUANDO SE LAVA LAS MANOS Y DESPUÉS DE LAVÁRSELAS? (Circule uno o más códigos)

- Agua 1
Jabón o detergente..... 2
Toalla o trapo limpio 3
Otro 4
(Especifique)

PRÁCTICAS DE LA HIGIENE

332. ¿EN QUÉ MOMENTOS DEL DÍA SE LAVA LAS MANOS? (Circule uno o más códigos)

- Antes de comer 1
Antes de preparar los alimentos 2
Después de usar el baño 3
Antes de servir los alimentos 4
Antes de alimentar al niño(a) 5
Después de cambiar pañales 6
Otro 7
(Especifique)
No se lava las manos 8

400. CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO DE 1 MES A MENOS DE 24 MESES DE EDAD

PERSONA N°:		NOMBRE DE LA MADRE / RESPONSABLE DEL NIÑO:	
PERSONA N°:		NOMBRE DEL NIÑO:	

401. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

401A. ¿SU NIÑO TIENE DNI?

Sí 1 Encuestador solicite el DNI del niño y anote la siguiente información.

DNI N°: → PASE A P401C

No mostró DNI 1

No 2

401B. ¿TIENE PARTIDA DE NACIMIENTO?

Sí 1 Encuestador solicite la Partida de Nac. del niño y anote la siguiente información.

N° CUI:

No mostró Partida de Nacimiento 1

No 2

401C. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ (NOMBRE)?

Día	Mes	Año

No sabe / No responde 1

PREGUNTE SOLO SI EN P401A CIRCULÓ EL CÓDIGO 2 (NO)

402. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE (NOMBRE) NO TIENE DNI? (Circule uno o más códigos)

- No tiene partida de nacimiento 1
- No lo considera importante 2
- No conoce los requisitos 3
- No sabe dónde acudir para tramitar su DNI 4
- No existen oficinas del RENIEC cerca de su vivienda 5
- No cuenta con los recursos económicos para tramitarlo 6
- Otro 7
(Especifique)

403. ¿EL PADRE NATURAL DE (NOMBRE) VIVE EN ESTE HOGAR?

Sí 1 → N° de persona PASE A P410

No 2

404. ¿POR QUÉ RAZÓN EL PADRE NATURAL DE (NOMBRE) NO VIVE EN ESTE HOGAR?

- Murió 1
- Se separó 2
- Migró a otra provincia 3
- Migró a otro país 4
- Otro 5
(Especifique)
- Nunca vivió en este hogar 6 → PASE A P407
- No responde 7

405. ¿EN QUÉ AÑO MURIÓ EL PADRE NATURAL DE (NOMBRE)?

Año PASE A P409

No sabe/No responde 1

406. ¿EN QUÉ AÑO Y MES DEJÓ DE VIVIR EL PADRE NATURAL DE (NOMBRE) EN ESTE HOGAR?

Año Mes

No sabe/No responde 1

407. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿EL PADRE NATURAL LE HA ENVIADO DINERO, BIENES, COMIDA O REGALOS A (NOMBRE)?

Sí 1 ¿Cuántas Veces? →

No 2

No sabe / No responde 3

408. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿EL PADRE NATURAL HA VISITADO A (NOMBRE)?

Sí 1 ¿Cuántas Veces? →

No 2

No sabe / No responde 3

409. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ EL PADRE NATURAL DE (NOMBRE)?

	Año	Grado
Sin nivel 1		
Educación inicial 2		
Primaria incompleta 3		
Primaria completa 4		
Secund. incompleta 5		
Secund. completa 6		
Sup. no universitaria incompleta 7		
Sup. no universitaria completa 8		
Sup. universitaria incompleta 9		
Sup. universitaria completa 10		
Postgrado 11		
No sabe/No responde 12		

410. ¿LA MADRE NATURAL DE (NOMBRE) VIVE EN ESTE HOGAR?

Sí 1 → } **PASE A P416**
Nº de persona

No..... 2

411. ¿POR QUÉ RAZÓN LA MADRE NATURAL DE (NOMBRE) NO VIVE EN ESTE HOGAR?

Murió..... 1
 Se separó 2
 Migró a otra provincia 3
 Migró a otro país..... 4
 Otro 5
 (Especifique)

No sabe 6 → **PASE A P414**

412. ¿EN QUÉ AÑO MURIÓ LA MADRE NATURAL DE (NOMBRE)?

} **PASE A P414**
Año

No sabe 1

413. ¿EN QUÉ AÑO DEJÓ DE VIVIR LA MADRE NATURAL DE (NOMBRE) EN EL HOGAR?

} *Año*

No sabe 1

414. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ LA MADRE NATURAL DE (NOMBRE)?

	Año	Grado
Sin nivel 1		
Educación inicial 2		
Primaria incompleta..... 3		
Primaria completa..... 4		
Secund. incompleta..... 5		
Secund. completa 6		
Sup. no universitaria incompleta..... 7		
Sup. no universitaria completa 8		
Sup. universitaria incompleta..... 9		
Sup. universitaria completa 10		
Postgrado..... 11		
No sabe 12		

415. ¿DESDE CUÁNDO ESTÁ UD. A CARGO DE (NOMBRE)?

Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTADO DE SALUD

416. EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, DEL.....AL..... (NOMBRE), ¿TUVO FIEBRE O TOS?

Sí 1 → } **PASE A P418**
Nº días

No 2
 No sabe..... 3

417. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA FIEBRE O TOS?

Centro de salud / Puesto de salud / Posta 1
 Policlínico 2
 Hospital 3
 Clínica /Consultorio particular..... 4
 Farmacia /Botica /Botiquín 5
 Fundaciones / Proyectos / ONG's 6
 Guardería /Escuela..... 7
 Programa infantil (WawaWasi, Cuna Más).... 8
 Curandero(a) 9
 Otro 10
 (Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN 11

418. EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, DEL... AL..., (NOMBRE) ¿TUVO DIARREA?

Sí 1 → } **PASE A P422**
Nº días

No 2
 No sabe..... 3

419. CUANDO (NOMBRE) ESTUVO CON DIARREA, UD. LE DIO:

¿Más líquidos que de costumbre?..... 1
 ¿Igual cantidad de líquidos que de costumbre?..... 2
 ¿Menos líquidos que de costumbre?... 3
 No le dio nada de líquidos 4 → **PASE A P421**

420. CUANDO (NOMBRE) ESTUVO CON DIARREA, ¿TOMÓ (BEBIÓ):

	Sí	No
1. Sales de rehidratación oral/ Bolsa salvadora?	1	2
2. Frutiflex / Electrolite o similar?	1	2
3. Suero casero (preparación hecha en casa)?	1	2

421. ¿A DÓNDE LLEVÓ A (NOMBRE) PARA QUE LO CUREN DE LA DIARREA?

Centro de salud / Puesto de salud/ Posta..... 1
 Policlínico..... 2
 Hospital..... 3
 Clínica /Consultorio particular..... 4
 Farmacia /Botica /Botiquín..... 5
 Fundaciones/ Proyectos /ONG's..... 6
 Guardería / Escuela..... 7
 Programa infantil (WawaWasi, Cuna Más) ... 8
 Curandero(a) 9
 Otro 10
 (Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN11

422. EN EL MES PASADO, (NOMBRE), ¿PRESENTÓ:
 (Circule uno o más códigos)

Síntomas o malestar (Tos, dolor, fiebre, náuseas)? 1
 Enfermedad (Gripe, diarrea, etc.)? 2
 Recaída de enfermedad crónica? 3
 Accidente? 4
 No tuvo tos, fiebre, enfermedad, recaída o accidente?..... 5 →

PASE A P424

423. EN EL MES PASADO, POR ESTE PROBLEMA DE SALUD, ¿(NOMBRE) ESTUVO EN CAMA?

Sí 1 → N° días
 No..... 2
 No sabe/ No responde 3

424. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿(NOMBRE) ESTUVO HOSPITALIZADO?

Sí 1 → N° días
 No..... 2
 No sabe/ No responde 3

425. (NOMBRE) TIENE:

	Sí	No	No sabe
1. ¿Ceguera?	1	2	3
2. ¿Algún otro problema de la vista?	1	2	3
3. ¿Sordera?	1	2	3
4. ¿Algún otro problema de oído?	1	2	3
5. ¿Bronquitis?	1	2	3
6. ¿Asma?	1	2	3
7. ¿Epilepsia?	1	2	3
8. ¿Retardo mental?	1	2	3
9. ¿TBC?	1	2	3
10. ¿Hepatitis?	1	2	3
11. ¿Problemas del corazón?	1	2	3

426. SR(A)..... POR FAVOR MUÉSTRAME EL CARNÉ DE VACUNACIÓN DE (NOMBRE).

Accedió a mostrar1
 No accedió a mostrar.....2 }
 No tiene3 }

PASE A P429

427. IDENTIFIQUE EN EL CARNÉ SI (NOMBRE) RECIBIÓ LAS VACUNAS SIGUIENTES:

	Sí	No
1. BCG y Antihepatitis B (Recién nacido)	1	2
2. Antipolio (APO)	1	2
3. Pentavalente (DPT +HVB + HIB)	1	2
4. DPT	1	2
5. Antihepatitis B – HVB	1	2
6. Antihaemophilus	1	2
7. Tetravalente	1	2
8. Hexavalente	1	2
9. Rotavirus	1	2
10. Neumococo	1	2
11. Influenza	1	2
12. SPR	1	2
13. Antiamarílica	1	2
14. Otra.....	1	2

(Especifique)

428. TRANSCRIBA DEL CARNÉ DE VACUNACIÓN LO SIGUIENTE:

1. Peso del niño al nacer *gramos*
 No existe información / No se lee 1

2. Talla del niño al nacer *centímetros*
 No existe información/No se lee..... 1

3. Perímetro cefálico del niño al nacer *centímetros*
 No existe información / No se lee 1

4. Puntaje APGAR

Al minuto de nacer A los 5 minutos de nacer
 No existe información / No se lee 1

PASE A P431

429. ¿(NOMBRE) RECIBIÓ ALGUNA VACUNA?

Sí 1
 No 2 }
 No sabe..... 3 }

PASE A P431

430. ¿QUÉ VACUNAS RECIBIÓ (NOMBRE)?
 (Circule uno o más códigos)

Contra la Difteria.....1
 Contra la Fiebre Amarilla2
 Contra la Hepatitis B – HVB3
 Contra la Influenza4
 Contra el Neumococo (Neumonía)5
 Contra las Paperas.....6
 Contra la Poliomiélitis7
 Contra el Rotavirus.....8
 Contra la Rubeola.....9
 Contra la Sarampión.....10
 Contra el Tétano.....11
 Contra la Tos convulsiva12
 Contra la Tos Ferina.....13
 Contra la Tuberculosis (Recién nacido).....14
 Otro15
 (Especifique)

No lo recuerda 16

EMBARAZO Y PARTO (Solo para la madre natural)	
<p>431. CUANDO UD. ESTABA EMBARAZADA DE (NOMBRE), ¿SE HIZO ALGÚN CONTROL PRENATAL (Chequeo del embarazo)?</p> <p>Sí 1 No 2 → PASE A P433</p>	<p>438. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ EN EL PARTO DE (NOMBRE)?</p> <p>Médico..... 1 Obstetriz 2 Enfermera..... 3 Promotor de salud 4 Partera o comadrona..... 5 Familiar..... 6 Otro 7 (Especifique)</p>
<p>432. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES SE HIZO?</p> <p>Nº controles <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe / No recuerda..... 1</p>	<p>439. ¿TUVO PROBLEMAS EN EL PARTO?</p> <p>Sí 1 No 2 → PASE A P441</p>
<p>433. CUANDO UD. ESTABA EMBARAZADA DE (NOMBRE), ¿LE APLICARON ALGUNA VACUNA CONTRA EL TÉTANO?</p> <p>Sí 1 No..... 2 No sabe / No recuerda 3</p>	<p>440. ¿QUÉ TIPO DE PROBLEMAS TUVO? (Circule uno o más códigos)</p> <p>Tamaño del bebe..... 1 Trabajo de parto prolongado 2 Sufrimiento fetal (falta de oxígeno del bebé) 3 Parto prematuro..... 4 Gemelos 5 Otro 6 (Especifique) No sabe 7</p>
<p>434. CUANDO UD. ESTABA EMBARAZADA DE (NOMBRE), ¿TOMÓ HIERRO EN PASTILLAS, EN JARABE O LO RECIBIÓ EN INYECCIÓN?</p> <p>Sí 1 No..... 2</p>	<p>441. ¿DÓNDE DIO A LUZ A (NOMBRE)?</p> <p>Centro de salud / Puesto de salud / Posta ... 1 Policlínico 2 Hospital 3 Clínica /Consultorio particular..... 4 Fundaciones / Proyectos / ONG's 5 Casa de partera / Comadrona 6 En su casa..... 7 Otro 8 (Especifique)</p>
<p>435. CUANDO UD. ESTABA EMBARAZADA DE (NOMBRE), ¿RECIBIÓ ALGUNA CAPACITACIÓN (CHARLA, ENSEÑANZA) SOBRE LACTANCIA MATERNA?</p> <p>Sí 1 No 2 → PASE A P437</p>	<p>442. ¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE NO FUE A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA DAR A LUZ A (NOMBRE)?</p> <p>No existe en la localidad..... 1 Quedaba muy lejos..... 2 No había personal 3 Personal daba malos tratos..... 4 No había privacidad en atención 5 Esposo o familiar se opuso 6 No era higiénico..... 7 No confía en la atención 8 Personal es descuidado 9 Congestión del servicio 10 No tenía dinero 11 No le quisieron atender 12 Estaba en paro 13 Otro 14 (Especifique)</p>
<p>436. ¿EN QUÉ LUGAR RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN (charla, enseñanza)?</p> <p>Centro de salud / Puesto de salud / Posta.... 1 Policlínico..... 2 Hospital..... 3 Clínica /Consultorio particular 4 Farmacia /Botica / Botiquín..... 5 Fundaciones /Proyectos / ONG's..... 6 Guardería /Escuela 7 Programa infantil (WawaWasi, Cuna Más) ... 8 Partera /Comadrona 9 Otro 10 (Especifique)</p>	
<p>437. EL NACIMIENTO DE (NOMBRE) FUE POR:</p> <p>¿Parto normal?..... 1 ¿Cesárea? 2</p>	

<p>443. DESPUÉS DEL PARTO DE (NOMBRE) ¿SE HIZO UD. ALGÚN CONTROL O CHEQUEO MÉDICO?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2 → PASE A P445</p>	<p>449. ¿DÓNDE LE HICIERON EL ÚLTIMO CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO A (NOMBRE)?</p> <p>Centro de salud / Puesto de salud / Posta . 1</p> <p>Policlínico 2</p> <p>Hospital 3</p> <p>Clínica /Consultorio particular..... 4</p> <p>Fundaciones /Proyectos / ONG's 5</p> <p>Programa infantil (WawaWasi, Cuna Más). 6</p> <p>Otro 7</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>NO LO RECUERDA 8</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PASE A P451</div>									
<p>444. ¿DÓNDE SE HIZO EL CONTROL?</p> <p>Centro de salud / Puesto de salud / Posta.... 1</p> <p>Policlínico..... 2</p> <p>Hospital..... 3</p> <p>Clínica /Consultorio particular 4</p> <p>Farmacia /Botica / Botiquín..... 5</p> <p>Fundaciones /Proyectos / ONG's..... 6</p> <p>Guardería /Escuela 7</p> <p>Programa infantil (WawaWasi, Cuna Más) ... 8</p> <p>Casa de partera / Comadrona 9</p> <p>Otro 10</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	<p>450. DESDE SU CASA, ¿CUÁNTO TIEMPO SE TARDA PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE HACE ATENDER A (NOMBRE)?</p> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Horas</th> <th style="padding: 5px;">Minutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table> <p>No sabe 1</p>	Horas	Minutos							
Horas	Minutos									
<p>445. EN LOS PRIMEROS 2 MESES DESPUÉS DE HABER DADO A LUZ A (NOMBRE), ¿UD. TOMÓ ALGUNA DOSIS DE:</p> <table style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;"></th> <th style="padding: 5px;">Sí</th> <th style="padding: 5px;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1. Vitamina A?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. Hierro?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	1. Vitamina A?	1	2	2. Hierro?	1	2	<p>LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</p>
	Sí	No								
1. Vitamina A?	1	2								
2. Hierro?	1	2								
<p>446. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿(NOMBRE) TOMÓ ALGUNA DOSIS DE:</p> <table style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;"></th> <th style="padding: 5px;">Sí</th> <th style="padding: 5px;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1. Vitamina A?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. Hierro?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	1. Vitamina A?	1	2	2. Hierro?	1	2	<p>451. ALGUNA VEZ, ¿LE DIO PECHO A (NOMBRE)?</p> <p>Sí 1 → PASE A P453</p> <p>No..... 2</p>
	Sí	No								
1. Vitamina A?	1	2								
2. Hierro?	1	2								
<p>447. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿A (NOMBRE) LE HICIERON ALGÚN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 3</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PASE A P451</div>	<p>452. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO LE DIO PECHO A (NOMBRE)?</p> <p>Madre enferma / débil..... 1</p> <p>Niño enfermo / débil 2</p> <p>Problema de succión – niño 3</p> <p>Problema con el pezón – madre..... 4</p> <p>No tenía leche 5</p> <p>Por trabajo / estudio 6</p> <p>Niño rehusó 7</p> <p>Quedó embarazada..... 8</p> <p>Otro 9</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PASE A P457</div>									
<p>448. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿CUÁNTOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO LE HICIERON A (NOMBRE)?</p> <table style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 50px; border: 1px solid black;"></td> <td style="padding-left: 10px;">Nº de controles</td> </tr> </table>			Nº de controles	<p>453. ¿DURANTE CUÁNTOS MESES LE DIO SOLAMENTE PECHO A (NOMBRE) Y NO AGUA NI NINGÚN OTRO LÍQUIDO O ALIMENTO?</p> <table style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 50px; border: 1px solid black;"></td> <td style="padding-left: 10px;">Meses</td> </tr> </table>			Meses			
		Nº de controles								
		Meses								
<p>449. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿A (NOMBRE) LE HICIERON ALGÚN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2 → PASE A P457</p>	<p>454. ACTUALMENTE, ¿LE ESTÁ DANDO PECHO A (NOMBRE)?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2 → PASE A P457</p>									

<p>455. MIENTRAS UD. LE VA DANDO PECHO A (NOMBRE), ¿QUÉ MÁS HACE CON ÉL? (Circule uno o más códigos)</p> <p>Se sienta o se acuesta en la cama 1 Mira al niño 2 Le habla/canta mientras el niño lacta..... 3 Lo acaricia mientras el niño lacta..... 4 Otro..... 5 (Especifique) No hace nada.....6</p>	<p>461. NORMALMENTE, (NOMBRE) ALMUERZA: (Circule uno o más códigos)</p> <p>¿Sopas, caldos, leche, infusiones, etc.?1 ¿Papillas, purés?.....2 ¿Papa, arroz, habas, choclo, etc.?3 ¿Otro? 4</p>																																																																	
<p>456. DESDE LA TARDE DE AYER HASTA LA MAÑANA DE HOY (De 6 p.m. a 6 a.m.), ¿CUÁNTAS VECES LE DIÓ PECHO A (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> N° veces</p>	<p>462. GENERALMENTE, (NOMBRE) COME:</p> <p>¿En su propio plato?1 ¿Del plato de la madre/Responsable?2 ¿Del plato de otro miembro del hogar?3 Otro 4 (Especifique)</p>																																																																	
<p>457. DESDE LA MAÑANA DE AYER HASTA LA MAÑANA DE HOY (De 6 a.m. a 6 a.m.), ¿(NOMBRE) TOMÓ ALGÚN LÍQUIDO (NO LECHE MATERNA) O COMIÓ ALGÚN ALIMENTO?</p> <p>Sí 1 No 2 → PASE A P459</p>	<p>463. GENERALMENTE, ¿QUIÉN LE DA DE COMER A (NOMBRE)?</p> <p>La madre/ Responsable1 N° de persona Otro miembro del hogar.....2 → <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> El niño(a) come solo.....3 Otro 4 (Especifique)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; float: right; margin-top: -20px;">PASE A P465</div>																																																																	
<p>458. ¿LE AGREGÓ AZÚCAR A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS QUE TOMÓ O COMIÓ (NOMBRE)?</p> <p>Sí 1 No.....2</p>	<p>464. MIENTRAS UD. LE VA DANDO DE COMER A (NOMBRE), ¿QUÉ MÁS HACE CON ÉL? (Circule uno o más códigos)</p> <p>Come junto con su niño (a)1 Le conversa y le explica lo que va realizando.....2 Le anima a comer con juegos, cantos.....3 Le asiste para comer (le corta en pedazos pequeños la comida).....4 Le insiste, para que termine de comer5 Otro 6 (Especifique)</p>																																																																	
PARA LOS NIÑOS DE 6 MESES A MÁS																																																																		
<p>459. NORMALMENTE, ¿LE DA A (NOMBRE):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Desayuno?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Alimentos a media mañana?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3. Almuerzo?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>4. Alimentos a media tarde?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>5. Cena?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>6. Otro? _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	1. Desayuno?	1	2	2. Alimentos a media mañana?	1	2	3. Almuerzo?	1	2	4. Alimentos a media tarde?	1	2	5. Cena?	1	2	6. Otro? _____ (Especifique)	1	2	<p style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">ASISTENCIA A PROGRAMAS DE DESARROLLO INFANTIL (PARA TODOS LOS NIÑOS(AS))</p> <p>465. SRA. _____, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿(NOMBRE) PARTICIPÓ DE ALGÚN PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL, COMO:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">N° meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Qatari Wawa?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Wawa Wasi / Cunamas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Salas de Educación Temprana (SET)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. "Wawa pukllana" o Programa Integral de Educación Temprana (PIET)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. "Aprendiendo en el hogar" o Programa Integral de Educación Temprana con base en la familia (PIETBAF)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Recibió visita de promotor de Salud.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Ludotecas o Programas Infantiles Comunitarios?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Cuna, cuna-jardín del Ministerio de Educación?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Cuna, guardería particular?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. Otro? _____</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>		Sí	No	N° meses	1. Qatari Wawa?	1	2		2. Wawa Wasi / Cunamas?	1	2		3. Salas de Educación Temprana (SET)?	1	2		4. "Wawa pukllana" o Programa Integral de Educación Temprana (PIET)?	1	2		5. "Aprendiendo en el hogar" o Programa Integral de Educación Temprana con base en la familia (PIETBAF)?	1	2		6. Recibió visita de promotor de Salud.	1	2		7. Ludotecas o Programas Infantiles Comunitarios?	1	2		8. Cuna, cuna-jardín del Ministerio de Educación?	1	2		9. Cuna, guardería particular?	1	2		10. Otro? _____	1	2	
	Sí	No																																																																
1. Desayuno?	1	2																																																																
2. Alimentos a media mañana?	1	2																																																																
3. Almuerzo?	1	2																																																																
4. Alimentos a media tarde?	1	2																																																																
5. Cena?	1	2																																																																
6. Otro? _____ (Especifique)	1	2																																																																
	Sí	No	N° meses																																																															
1. Qatari Wawa?	1	2																																																																
2. Wawa Wasi / Cunamas?	1	2																																																																
3. Salas de Educación Temprana (SET)?	1	2																																																																
4. "Wawa pukllana" o Programa Integral de Educación Temprana (PIET)?	1	2																																																																
5. "Aprendiendo en el hogar" o Programa Integral de Educación Temprana con base en la familia (PIETBAF)?	1	2																																																																
6. Recibió visita de promotor de Salud.	1	2																																																																
7. Ludotecas o Programas Infantiles Comunitarios?	1	2																																																																
8. Cuna, cuna-jardín del Ministerio de Educación?	1	2																																																																
9. Cuna, guardería particular?	1	2																																																																
10. Otro? _____	1	2																																																																
<p>460. LA SEMANA PASADA, ¿LE DIO DE COMER A (NOMBRE):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Arroz, avena, quinua, papa, trigo o menestras?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Leche, queso, carnes, huevos o pescado?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3. Frutas y verduras?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>4. Otro? _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	1. Arroz, avena, quinua, papa, trigo o menestras?	1	2	2. Leche, queso, carnes, huevos o pescado?	1	2	3. Frutas y verduras?	1	2	4. Otro? _____ (Especifique)	1	2	<p style="text-align: center;">(Especifique)</p>																																																		
	Sí	No																																																																
1. Arroz, avena, quinua, papa, trigo o menestras?	1	2																																																																
2. Leche, queso, carnes, huevos o pescado?	1	2																																																																
3. Frutas y verduras?	1	2																																																																
4. Otro? _____ (Especifique)	1	2																																																																

CALENDARIO 2012

Julio							Agosto							Septiembre						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4							1
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
29	30	31					26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29
														30						

Octubre							Noviembre							Diciembre						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6					1	2	3							1
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	9	10	11	12	13	14	15
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	16	17	18	19	20	21	22
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30		23	24	25	26	27	28	29
														30	31					

CALENDARIO 2013

Enero							Febrero							Marzo						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5						1	2						1	2
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	3	4	5	6	7	8	9
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	10	11	12	13	14	15	16
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	17	18	19	20	21	22	23
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28			24	25	26	27	28	29	30
														31						

Abril							Mayo							Junio						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6				1	2	3	4							1
7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
28	29	30					26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29
														30						