

**C. CUESTIONARIOS**



**ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA  
DEMOGRÁFICA 1997**



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA  
GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA

**ENADID 1997**

FOLIO \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA**

ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_

MUNICIPIO O DELEGACIÓN \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_

CLAVE DE AGEB ..... \_\_\_\_\_

MANZANA ..... \_\_\_\_\_

**2. CONTROL DE CUESTIONARIO**

NÚMERO DE CONTROL ... \_\_\_\_\_

FOLIO DE VIVIENDA ..... \_\_\_\_\_

HOGAR ..... DE \_\_\_\_\_  
DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO ..... DE \_\_\_\_\_  
DEL HOGAR

FOLIO DE PAQUETE ..... \_\_\_\_\_

CONSECUTIVO DE CUESTIONARIO \_\_\_\_\_

**3. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA**

\_\_\_\_\_

CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO

\_\_\_\_\_

NÚMERO EXTERIOR      NÚMERO INTERIOR      COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL

**4. RESULTADO DE LA VISITA (\*)**

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA					
FECHA					
RESULTADO					
HORA DE INICIO					
HORA DE TÉRMINO					

**(\*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 1 ENTREVISTA COMPLETA  | 5 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN           |
| 2 ENTREVISTA INCOMPLETA  | 6 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA)    |
| 3 INFORMANTE INADECUADO  | 7 VIVIENDA DESHABITADA                |
| 4 AUSENCIA DE OCUPANTES (INFORMANTE)<br>EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 8 VIVIENDA DE USO TEMPORAL            |
|  | 9 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

**5. RESULTADO DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL**

TOTAL DE MUJERES DE 15-54 AÑOS EN EL HOGAR	NÚMERO DE REGISTRO DE LA MUJER (3.1)	RESULTADO					DURACIÓN	
		1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		

**6. SUPERVISIÓN Y VALIDACIÓN**

	SUPERVISADO POR	VALIDADO POR
NOMBRE		
FECHA		

## I CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

### 1.1 PISOS

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

- Tierra ..... 1
- Cemento o firme ..... 2
- Madera, mosaico u otros recubrimientos ..... 3

### 1.2 AGUA ENTUBADA

¿Los ocupantes de esta vivienda disponen de agua entubada:

LEA TODAS LAS OPCIONES

- dentro de la vivienda? ..... 1
- fuera de la vivienda, pero dentro del terreno? ..... 2
- de llave pública? ..... 3
- ¿No disponen de agua entubada? ..... 4

### 1.3 SERVICIO SANITARIO

¿Los ocupantes de esta vivienda disponen de:

LEA LAS OPCIONES HASTA  
OBTENER UNA RESPUESTA  
AFIRMATIVA

- excusado o sanitario? ..... 1
- retrete o letrina? ..... 2
- fosa (séptica)? ..... 3
- hoyo negro o pozo ciego? ..... 4
- ¿No disponen de servicio sanitario? ..... 5 →

PASE A  
1.8

### 1.4 SANITARIO EXCLUSIVO

¿El (la) (MENCIONE EL SERVICIO) es para uso particular de los ocupantes de esta vivienda?

- Sí ..... 1
- NO ..... 2

### 1.5 CONEXIÓN DE AGUA

¿Tiene el (la) (MENCIONE EL SERVICIO) conexión de agua?

- Sí ..... 3 →
- NO ..... 4

PASE A  
1.7

### 1.6 ADMISIÓN DE AGUA

Al (a la) (MENCIONE EL SERVICIO), ¿le echan agua con cubeta?

- Sí ..... 5
- NO ..... 6

## I CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

### 1.7 AGUAS NEGRAS

¿En esta vivienda los desechos del (de la) (MENCIONE EL SERVICIO) van a dar a:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- la red pública? ..... 1 → **PASE A 1.9**
- una fosa séptica? ..... 2
- una tubería con descarga a barranca o grieta? ..... 3
- una tubería con descarga a río, lago (o mar)? ..... 4
- un hoyo negro o pozo ciego? ..... 5
- ¿No tiene desagüe? ..... 6

### 1.8 AGUAS JABONOSAS

¿En esta vivienda las aguas sucias o jabonosas van a dar a:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- la red pública? ..... 1
- una fosa séptica? ..... 2
- una tubería con descarga a barranca o grieta? ..... 3
- una tubería con descarga a río, lago o (mar)? ..... 4
- al suelo o patio? ..... 5

### 1.9 ELECTRICIDAD

¿Hay luz eléctrica en esta vivienda?

- SÍ ..... 1
- NO ..... 2

## II RESIDENTES EN LA VIVIENDA Y NÚMERO DE HOGARES

### 2.1 NÚMERO DE PERSONAS EN LA VIVIENDA

¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda? No olvide contar a los niños chiquitos y a los ancianos.

TOTAL DE PERSONAS ..... |\_\_|\_|

### 2.2 GASTO COMÚN

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

- SÍ ..... 1 → **PASE A 3.2**
- NO ..... 2

### 2.3 NÚMERO DE HOGARES

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

NÚMERO DE HOGARES ..... |\_\_|

CUANDO EN LA VIVIENDA EXISTA MÁS DE UN HOGAR O GRUPO DE PERSONAS, APLIQUE UN CUESTIONARIO PARA CADA HOGAR A PARTIR DE LA PREGUNTA 3.2.

III DATOS GENERALES

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA						
	LISTA DE PERSONAS	VERIFICACIÓN DE LA LISTA	SEXO	EDAD	CONDICIÓN DE RESIDENCIA	
3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	<p>Ahora le voy a preguntar algunas características del grupo de personas que forman este hogar.</p> <p>Por favor, dígame el nombre 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 sirvientes que vivan aquí).</p>	<p>Entonces, ¿son</p> <p>_____</p> <p>personas las que forman este hogar?</p> <p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>VERIFIQUEY CORRIJA LA LISTA</p>	<p>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</p> <p>((NOMBRE) es hombre)</p> <p>((NOMBRE) es mujer)</p>	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p> <p>MENORDE UN AÑO .....00</p> <p>98 AÑOS O MÁS .....98</p> <p>NO SABE ...99</p>	<p>¿(NOMBRE):</p> <p>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>vive en otro lugar porque está trabajando, estudiando o por otras razones? ..... 1</p> <p>vive en otro lugar, aunque por ahora está aquí? ..... 2</p> <p>vive normalmente aquí? ..... 3</p> <p>vive aquí, aunque por ahora está en otro lugar? ..... 4</p> <p>vive temporalmente aquí porque no tiene otro lugar donde vivir? .. 5</p>	
	3.1	↓ 3.2	↓ 3.4	↓ 3.5	↓ 3.6	
	NOMBRE		HOMBRE	MUJER	AÑOS	RESIDENCIA
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	_____	_____
15			1	2	_____	_____

SI EN EL HOGAR HAY MÁS DE 15 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y CONTINÚE CON LA LISTA.

III DATOS GENERALES

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA						
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN DEL PADRE	IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE	SERVICIO DE SALUD		
	3.7 ¿Qué es (NOMBRE) del (la) jefe (a) del hogar?  (¿Qué parentesco tiene (NOMBRE) con (NOMBRE DEL (LA) JEFE (A) DEL HOGAR)?)  ↓ 3.7	3.8 ¿Vive el padre de (NOMBRE) en este hogar?  "Sí" → ¿Quién es el padre?  ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DEL PADRE  "NO" ..... 98  ↓ 3.8	3.9 ¿Vive la madre de (NOMBRE) en este hogar?  "Sí" → ¿Quién es la madre?  ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA MADRE  "NO" ..... 98  ↓ 3.9	3.10 ¿(NOMBRE) tiene derecho a servicio médico:  LEA LAS OPCIONES Y ANOTE HASTA 2 CÓDIGOS  en el Seguro Social (IMSS)? ..... 1  en el ISSSTE? ..... 2  proporcionado por instituciones públicas o paraestatales (como Pemex, Ejército, Marina, etc.)? ..... 3  pagado por empresas privadas (como fábricas, bancos, etc.)? ..... 4  en otro tipo de institución? ESPECIFIQUE EN 3.10C ..... 5  ¿No tiene derecho a servicio médico? ... 6  ↓ 3.10A    3.10B    3.10C		
	PARENTESCO	NÚMERO DE REGISTRO	NÚMERO DE REGISTRO	CÓDIGO	CÓDIGO	OTRA INSTITUCIÓN
1	JEFE O JEFA	_____	_____	_____	_____	
2		_____	_____	_____	_____	
3		_____	_____	_____	_____	
4		_____	_____	_____	_____	
5		_____	_____	_____	_____	
6		_____	_____	_____	_____	
7		_____	_____	_____	_____	
8		_____	_____	_____	_____	
9		_____	_____	_____	_____	
10		_____	_____	_____	_____	
11		_____	_____	_____	_____	
12		_____	_____	_____	_____	
13		_____	_____	_____	_____	
14		_____	_____	_____	_____	
15		_____	_____	_____	_____	

**III DATOS GENERALES**

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA		PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS
	LUGAR DE NACIMIENTO		RELIGIÓN
	3.11 ¿En qué estado de la República o país nació (NOMBRE)?		3.12 ¿Cuál es la religión de (NOMBRE)?
	↓ 3.11A	3.11B	↓ 3.12
	ESTADO O PAÍS	AQUÍ	RELIGIÓN
1		1	____
2		1	____
3		1	____
4		1	____
5		1	____
6		1	____
7		1	____
8		1	____
9		1	____
10		1	____
11		1	____
12		1	____
13		1	____
14		1	____
15		1	____

**IV MIGRACIÓN**

PARA LOS RESIDENTES HABITUALES DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS						
N Ú M E R O  D E  R E G I S T R O	LUGAR DE RESIDENCIA EN 1992					
	4.1					
	Hace 5 años, en junio de 1992, ¿en qué estado de la República o país vivía (NOMBRE)?					SI EL PAÍS ES DIFERENTE A MÉXICO ANÓTELO EN 4.1A Y PASE A 4.2
	¿En qué municipio (delegación)?		→ ANOTE EN 4.1C o D			
	¿En qué localidad?		→ ANOTE EN 4.1E o F			
	4.1A	4.1B	→ 4.1C	4.1D	4.1E	4.1F
	ESTADO O PAÍS	AQUÍ	MUNICIPIO O DELEGACIÓN	AQUÍ	LOCALIDAD	AQUÍ
1		1		2		3
2		1		2		3
3		1		2		3
4		1		2		3
5		1		2		3
6		1		2		3
7		1		2		3
8		1		2		3
9		1		2		3
10		1		2		3
11		1		2		3
12		1		2		3
13		1		2		3
14		1		2		3
15		1		2		3





**IV MIGRACIÓN**

PARA LOS RESIDENTES HABITUALES									
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	CONDICIÓN DE MIGRACIÓN INTERMUNICIPAL			LUGAR DE RESIDENCIA ANTERIOR				RESIDENCIA ACTUAL	
	4.7			4.8				4.9	
	Durante este (os) (TIEMPO DE 4.6 ó 3.5), ¿ha vivido (NOMBRE) en otro municipio (delegación) de (ENTIDAD DE LA ENTREVISTA), aunque haya sido por poco tiempo?			¿En qué municipio (delegación) vivió (NOMBRE) antes de vivir en (MUNICIPIO O DELEGACIÓN DE LA ENTREVISTA)?				¿Cuánto tiempo tiene viviendo (NOMBRE) en (MUNICIPIO O DELEGACIÓN DE LA ENTREVISTA) (desde la última vez que llegó)?	
	"NO" ↓ PASE A 5.1			¿En qué localidad? → ANOTE EN 4.8B				ANOTE UNA SOLA RESPUESTA	
	→ 4.7			→ 4.8A				→ 4.8B	
	SÍ	NO	NO SABE	MUNICIPIO O DELEGACIÓN		LOCALIDAD		MESES O AÑOS	
1	1	2	9					_____	_____
2	1	2	9					_____	_____
3	1	2	9					_____	_____
4	1	2	9					_____	_____
5	1	2	9					_____	_____
6	1	2	9					_____	_____
7	1	2	9					_____	_____
8	1	2	9					_____	_____
9	1	2	9					_____	_____
10	1	2	9					_____	_____
11	1	2	9					_____	_____
12	1	2	9					_____	_____
13	1	2	9					_____	_____
14	1	2	9					_____	_____
15	1	2	9					_____	_____

MENOS DE UN MES ... 00 } ANOTE EN 4.9A  
NO SABE . 99 }



VI ESTADO CIVIL Y CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS				
	ESTADOCIVIL	IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	6.1	6.2	6.3	6.4
	¿Actualmente (NOMBRE): LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA	¿Vive el (la) esposo (a) o compañero (a) de (NOMBRE) en este hogar? "SI" → ¿Quién es el (la) esposo (a) o compañero (a) de (NOMBRE)? ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DEL CÓNYUGE	¿La semana pasada (NOMBRE): LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA	Además de (CONDICIÓN DE 6.3), ¿la semana pasada (NOMBRE): LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA
	vive en unión libre?... 1		trabajó? ..... 1	ayudó a trabajar en un negocio familiar? ..... 1
	es separado (a)? ..... 2		no trabajó, pero si tenía trabajo? ..... 2	vendió algunos productos (ropa, cosméticos, alimentos)? ..... 2
	es divorciado (a)? ..... 3		buscó trabajo? ..... 3	
	es viudo (a)? ..... 4		¿Es estudiante? ..... 4	hizo algún producto para vender (alimentos, artesanías, ropa)? ..... 3
	es casado (a)?		¿Se dedica a los quehaceres de su hogar? ..... 5	(ayudó a trabajar en las actividades agrícolas o en la cría de animales?) ..... 4
	sólo por lo civil? ..... 5		¿Está jubilado (a) o pensionado (a)? ..... 6	a cambio de un pago realizó otro tipo de trabajo (lavó, planchó o cosió)? ..... 5
	sólo por la iglesia? ..... 6		¿Está incapacitado (a) permanentemente para trabajar? ..... 7	¿No trabaja? ..... 6
	por lo civil y por la iglesia? ..... 7		¿No trabajó porque ya no trabaja? ..... 8	
	es soltero (a)? ..... 8	"NO" ..... 98		
	→ 6.1	→ 6.2	→ 6.3	→ 6.4
	ESTADOCIVIL	NÚMERO DE REGISTRO	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN
	1			
	2			
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

**VI CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS**

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS					
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	OCUPACIÓN U OFICIO PRINCIPAL		SITUACIÓN EN EL TRABAJO	INGRESOS POR TRABAJO	
	6.5	6.6	6.7	6.8	
	¿Cuál es el oficio o puesto (cargo) que tiene (NOMBRE) en su trabajo (principal)?	¿Cuáles son las tareas o funciones que (NOMBRE) tiene en su trabajo?	¿(NOMBRE) en su trabajo (actividad) de la semana pasada fue:  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                     LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                 </div> empleado (a) u obrero (a)? . 1 jornalero (a) o peón? ..... 2 patrón (a) o empresario (a) (contrata trabajadores)? ..... 3 trabajador (a) por su cuenta (no contrata trabajadores)? 4 trabajador (a) a destajo? ..... 5 trabajador (a) sin pago en el negocio o predio familiar? ..... 6	¿Cuánto gana (NOMBRE) por su (s) trabajo (s) (actividad (es))?  PERIODO: A la semana ..... 1 A la quincena ..... 2 Al mes ..... 3 Al año ..... 4 No recibe ingresos ..... 00000 0 \$ 98000 O MÁS ..... 98000 NO SABE ..... 99999 9	
	→ 6.5	→ 6.6	→ 6.7	→ 6.8A	→ 6.8B
	OFICIO, PUESTO O CARGO	TAREAS O FUNCIONES	SITUACION	INGRESOS	PERIODO
1			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
2			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
3			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
4			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
5			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
6			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
7			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
8			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
9			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
10			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
11			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
12			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
13			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
14			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _
15			_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _ _	_ _

**VI CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS**

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS									
OTROS INGRESOS									
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	6.9 (Además de los ingresos mencionados) ¿(NOMBRE) recibe ingresos por:		6.10 ¿Cuánto recibe (NOMBRE) por (TIPO DE INGRESO (S)) DE 6.9)?						
	LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE HASTA 2 CÓDIGOS		FORMULE LA PREGUNTA PARA CADA UNA DE LAS RESPUESTAS ANOTADAS EN 6.9						
	jubilación o pensión? ..... 1		PERIODO: A la semana ..... 1 A la quincena ..... 2 Al mes ..... 3 Al año ..... 4 \$98000 O MÁS ..... 98000 NO SABE ..... 99999 9						
	ayuda de familiares desde otro país? ..... 2								
	ayuda de familiares dentro del país? ..... 3								
	alquiler (renta) o intereses bancarios? ..... 4								
	ayuda de Procampo? ..... 5								
	beca o ayuda de otras instituciones? ..... 6								
	¿Otro tipo? ..... 7								
	¿Ninguno? ..... 8	↓							
→	↓	PASEA 6.11					→		
6.9A	6.9B	6.10A					6.10B	6.10C	6.10D
TIPO DE INGRESOS		INGRESOS	PERIODO	INGRESOS	PERIODO				
1	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
2	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
3	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
4	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
5	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
6	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
7	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
8	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
9	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
10	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
11	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
12	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
13	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
14	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			
15	_ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _	\$  _ _ _ _ _ _ _	_ _			



VII MIGRACIÓN INTERNACIONAL (1ª PARTE)

<p><b>COPIE EL NÚMERO DE REGISTRO DE 3.1 Y EL NOMBRE DE LAS PERSONAS CON CÓDIGO 1 ó 2 EN LA PREGUNTA 3.6</b></p> <p>→</p> <p><b>SI NO HAY PERSONAS CON CÓDIGO 1 ó 2 EN 3.6 PASE A 7.11</b></p> <p>↓</p>	<p>N Ú M E R O D E R E G I S T R O</p>	7.1	7.2		7.3		7.4	
		<p>ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO (3.1) EN 7.2A Y NOMBRE</p> <p>↓</p>		<p>Durante los últimos 5 años, esto es, de enero de 1992 a la fecha ¿(NOMBRE) se fue a trabajar o estudiar (vivir) a otro país?</p> <p>"NO" → PASE A LA SIGUIENTE PERSONA</p>		<p>¿Cuántos años cumplidos tenía (NOMBRE) cuando se fue la última vez?</p> <p>MENOR A UN AÑO .. 00 NO SABE ..... 99</p> <p>→</p>		
		7.1	7.2A	7.2B	7.3		7.4	
			3.1	NOMBRE	SÍ	NO		
		1			1	2	_ _ _	
		2			1	2	_ _ _	
		3			1	2	_ _ _	
		4			1	2	_ _ _	
5			1	2	_ _ _			
6			1	2	_ _ _			
<p>SI HAY MÁS DE 6 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y CONTINÚE CON LA LISTA.</p>								

VII MIGRACIÓN INTERNACIONAL (2ª PARTE)

7.11 (Además de las personas ya anotadas) ¿durante los últimos 5 años, esto es, de enero de 1992 a la fecha, ¿alguna persona que vive o vivía con ustedes (en este hogar) se fue a vivir a otro país?

7.11A Sí ..... 1 → 7.11B ¿Cuántas personas? |\_|\_|\_| ↓

NO ..... 2 → PASE A LA SECCIÓN VIII PASE A 7.13

IDENTIFICACIÓN		CONDICIÓN DE RESIDENCIA		PARENTESCO	SEXO		EDAD	LUGAR DE ORIGEN		
<p>N Ú M E R O D E R E G I S T R O</p>	7.13		7.14	7.15	7.16		7.17	7.18		
	<p>Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que se fueron a vivir a otro país durante los últimos 5 años.</p> <p>↓</p>		<p>Cuando (NOMBRE) se fue (la última vez) ¿vivía con ustedes?</p> <p>"NO" ↓</p> <p>PASE A LA SIGUIENTE PERSONA</p>	<p>¿Qué es (NOMBRE) del jefe del hogar?</p> <p>→</p>	<p>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</p> <p>((NOMBRE) es hombre)</p> <p>((NOMBRE) es mujer)</p>		<p>¿Cuántos años cumplidos tenía (NOMBRE) cuando se fue la última vez?</p> <p>MENOR A UN AÑO .... 00 NO SABE .. 99</p> <p>→</p>	<p>¿En qué estado de la República vivía (NOMBRE) cuando se fue la última vez a vivir a otro país?</p> <p>→</p>		
	7.12	7.13A	7.13B	7.14	7.15	7.16	7.17	7.18		
		3.1	NOMBRE	SÍ	NO	PARENTESCO	H	M	AÑOS	ESTADO
	13			1	2		1	2	_ _ _	
	14			1	2		1	2	_ _ _	
	15			1	2		1	2	_ _ _	
	16			1	2		1	2	_ _ _	
17			1	2		1	2	_ _ _		
18			1	2		1	2	_ _ _		
<p>SI HAY MÁS DE 6 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y CONTINÚE CON LA LISTA.</p>										

**VII MIGRACIÓN INTERNACIONAL**

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	LUGAR DE ORIGEN	FECHA DE EMIGRACIÓN	LUGAR DE DESTINO	NÚMERO DE EMIGRACIONES	RESIDENCIA ACTUAL	FECHA DE RETORNO
	7.5 ¿En qué estado de la República vivía (NOMBRE) cuando se fue la última vez a vivir a otro país?	7.6 ¿En qué mes y año (NOMBRE) se fue a vivir a otro país la última vez?  NO SABE ... 99 99	7.7 ¿A qué país se fue (NOMBRE)?	7.8 ¿(NOMBRE) cuántas veces ha ido a trabajar o estudiar (vivir) a (PAÍS DE 7.7), en los últimos 5 años, contando esta última vez?	7.9 ¿En qué país vive actualmente (NOMBRE)?  SI EL PAÍS ES DIFERENTE A MÉXICO PASE A LA SIGUIENTE PERSONA	7.10 ¿En qué mes y año regresó (NOMBRE) a la República mexicana?  NO SABE . 99 99
	→ 7.5	→ 7.6	→ 7.7	→ 7.8	→ 7.9	→ 7.10
	ESTADO	MES Y AÑO	PAÍS	NÚMERO	PAÍS	MES Y AÑO
1		____   ____		____		____   ____
2		____   ____		____		____   ____
3		____   ____		____		____   ____
4		____   ____		____		____   ____
5		____   ____		____		____   ____
6		____   ____		____		____   ____

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	FECHA DE EMIGRACIÓN	LUGAR DE DESTINO	NÚMERO DE EMIGRACIONES	RESIDENCIA ACTUAL	FECHA DE RETORNO	CONDICIÓN DE RESIDENCIA	
	7.19 ¿En qué mes y año (NOMBRE) se fue a vivir a otro país la última vez?  NO SABE ..... 99 99	7.20 ¿A qué país se fue (NOMBRE)?	7.21 ¿Cuántas veces ha ido (NOMBRE) a vivir a (PAÍS DE 7.20), en los últimos 5 años, contando esta última vez?	7.22 ¿En qué país vive actualmente (NOMBRE)?  SI EL PAÍS ES DIFERENTE A MÉXICO PASE A LA SIGUIENTE PERSONA	7.23 ¿En qué mes y año regresó (NOMBRE) a la República mexicana?  NO SABE ..... 99 99	7.24 ¿(NOMBRE) actualmente forma parte de este hogar?	
	→ 7.19	→ 7.20	→ 7.21	→ 7.22	→ 7.23	7.24	
	MES Y AÑO	PAÍS	NÚMERO	PAÍS	MES Y AÑO	SÍ	NO
13	____   ____		____		____   ____	1	2
14	____   ____		____		____   ____	1	2
15	____   ____		____		____   ____	1	2
16	____   ____		____		____   ____	1	2
17	____   ____		____		____   ____	1	2
18	____   ____		____		____   ____	1	2

CONTINÚE →



**VIII MORTALIDAD**

8.1 Ahora platicaremos de un tema diferente. Por favor dígame usted: durante los últimos 5 años, de enero de 1992 a la fecha, ¿murió alguien que vivía con ustedes, en este hogar?

8.1A Sí ..... 1 → 8.1B ¿Cuántas personas? | | | |

NO ..... 2 → **PASE A 8.14**

NÚMERO DE REGISTRO	IDENTIFICACIÓN	VERIFICACIÓN DE DEFUNCIONES	CONDICIÓN DE RESIDENCIA	FECHA DE DEFUNCIÓN	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN					
	8.3 Por favor, dígame el nombre de la (s) persona (s) que murió (eron) en los últimos 5 años.	8.4 Además de la (s) persona (s) que ya me dijo ¿podría decirme si durante los últimos 5 años murió alguna otra persona, niño pequeño o recién nacido que vivía con ustedes, en este hogar?  Sí ..... 1 → <b>CORRIJA 8.1B E INCLUYA EN 8.3</b>  NO ..... 2	8.5 ¿Al morir, (NOMBRE) vivía con ustedes en este hogar?  "NO" ↓ <b>PASE A LA SIGUIENTE PERSONA</b>	8.6 ¿En qué mes y año murió, (NOMBRE)?  NO SABE. .... 99 99	8.7 ¿Un médico o persona autorizada les dió un certificado de la muerte o papel donde dice de qué murió (NOMBRE)?					
8.2	↓ 8.3		→ 8.5	→ 8.6	→ 8.7					
	NOMBRE		SÍ	NO	MES	Y	AÑO	SÍ	NO	NO SABE
1			1	2				3	4	9
2			1	2				3	4	9
3			1	2				3	4	9
4			1	2				3	4	9
5			1	2				3	4	9

8.14 VERIFICACIÓN DE LA FECHA DE LA ÚLTIMA DEFUNCIÓN

¿En qué mes y año ocurrió el último fallecimiento de alguna persona, niño pequeño o recién nacido que vivía con ustedes en este hogar?

| | | | | | | |  
MES Y AÑO

DE ENERO DE 1992 A → **CORRIJA 8.1B Y APLIQUE LA SECCIÓN**

NADIE HA FALLECIDO .. 88 88  
NO SABE ..... 99 99  
ANTES DE ENERO DE ... 1992

**PASE A SECCIÓN IX**

VIII MORTALIDAD

NÚMERO DE REGISTRO	REGISTRO DE DEFUNCIÓN		SEXO		EDAD		PARA MUJERES FALLECIDAS ENTRE LOS 15 Y 54 AÑOS					
	8.8		8.9		8.10		MORTALIDAD MATERNA		MESES		CAUSA DE MUERTE	
	¿Registraron la muerte de (NOMBRE) en el registro civil?		¿(NOMBRE) era hombre o mujer?  ((NOMBRE) era hombre)  ((NOMBRE) era mujer)		¿Cuántos años cumplidos tenía (NOMBRE) cuando se murió?  MENOS DE UN MES ..... 00  98 AÑOS O MÁS ..... 98  NO SABE ..... 99		8.11		8.12		8.13	
	→ 8.8		→ 8.9		→ 8.10A    → 8.10B		→ 8.11		→ 8.12		8.13A    8.13B	
	SÍ	NO	NO SABE	H	M	MESES	O	AÑOS	CÓDIGO	MESES	CÓDIGO	OTRA RAZÓN
1	1	2	9	3	4							
2	1	2	9	3	4							
3	1	2	9	3	4							
4	1	2	9	3	4							
5	1	2	9	3	4							

  

MORTALIDAD MATERNA				MESES		CAUSA DE MUERTE	
8.11				8.12		8.13	
¿(NOMBRE) murió:				¿Cuántos meses duró ese embarazo?		¿(NOMBRE) murió de:	
LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA  estando embarazada? ..... 1 durante el parto? ..... 2 durante la cuarentena (6 semanas después del parto)? ..... 3 por otras razones? ..... 4 NO SABE ..... 9				MENOS DE UN MES ..... 00  NO SABE ..... 99		LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA  presión alta? ..... 1 sangrado o hemorragia? ..... 2 aborto? ..... 3 ¿Otra razón? ESPECIFIQUE EN 8.13B .. 4 NO SABE ..... 9	
→ 8.11				→ 8.12		8.13A    8.13B	
CÓDIGO				MESES		CÓDIGO    OTRA RAZÓN	

CONTINÚE CON LA SECCIÓN IX PARA LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES HABITUALES DEL HOGAR.

**IX FECUNDIDAD**

**PARA TODAS LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES HABITUALES**

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

**No. DE REGISTRO EN 3.1** |\_\_|\_|\_|

9.1 FECHA DE NACIMIENTO  
**A continuación le haré algunas preguntas sobre un tema personal, por favor dígame ¿en qué mes y año nació usted?**

FECHA DE NACIMIENTO ..... |\_\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_|  
 MES Y AÑO

9.2 EDAD  
**Entonces, ¿cuántos años cumplidos tiene usted?**

SI YA CUMPLIÓ AÑOS EN 97, LA SUMA DEBE SER 97. SI NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 97, DEBE SER 96. EN CASO DE INCONSISTENCIA VERIFIQUE Y CORRIJA

AÑOS CUMPLIDOS ..... |\_\_|\_|\_|  
 AÑO

SUME LOS AÑOS DE 9.1 Y 9.2 → |\_\_|\_|\_|

9.3 CONDICIÓN DE HABLA INDÍGENA  
**¿Habla algún dialecto o lengua indígena?**

SÍ ..... 1

NO ..... 2

9.4 ALGUNA VEZ EMBARAZADA  
**¿Ha estado usted embarazada alguna vez?**

SÍ ..... 3

NO ..... 4 → PASE A 9.18

9.5 CONDICIÓN DE HIJOS NACIDOS VIVOS  
**¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?**

SÍ ..... 5

NO ..... 6 → PASE A 9.18

9.6 CONDICIÓN DE HIJOS FALLECIDOS  
**¿Ha tenido alguna hija o hijo que nació vivo y después murió, aunque sólo haya vivido poco tiempo?**

SÍ ..... 7

NO ..... 8

9.7 TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS  
**En total, ¿cuántas hijas e hijos que nacieron vivos, ha tenido (aunque hayan fallecido)?**

TOTAL DE HIJOS ..... |\_\_|\_|\_|

9.8 CONDICIÓN DE HIJOS FUERA DEL PAÍS  
**¿Tiene hijos o hijas que vivan fuera del país?**

SÍ ..... 1

NO ..... 2 → PASE A 9.10

9.9 HIJOS FUERA DEL PAÍS  
**¿Cuántas de sus hijas e hijos viven actualmente fuera del país?**

HIJOS FUERA DEL PAÍS ..... |\_\_|\_|\_|

**IX FECUNDIDAD. HISTORIA DE EMBARAZOS**

**PARA TODAS LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES HABITUALES**

HIJOS ACTUALMENTE VIVOS							HIJOS ACTUALMENTE FALLECIDOS						FECHA DE NACIMIENTO (PÉRDIDA)	
IDENTIFICACIÓN	COND. RESIDEN.		SEXO		EDAD		IDENTIFICACIÓN	SEXO		EDAD			9.17	
9.10	9.11		9.12		9.13		9.14	9.15		9.16			9.17	
SITIENE HIJOS NACIDOS VIVOS PREGUNTE:	¿(NOMBRE) vive con usted en este hogar?		¿(NOMBRE) es hombre o mujer?		¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?		SIN HIJOS FALLECIDOS PASE A 9.18. CON HIJOS FALLECIDOS PREGUNTE:	¿(NOMBRE) era hombre o mujer?		¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando se murió ?			PREGUNTE PARA TODOS LOS EMBARAZOS:	
Digame los nombres de sus hijas e hijos actualmente vivos, empezando por el mayor, incluya por favor a los que ya no viven con usted			((NOMBRE) es hombre)		MENOS DE UN AÑO ..... 00		Digame los nombres de sus hijas e hijos que nacieron vivos pero que han muerto, empezando por el primero que tuvo	((NOMBRE) era hombre)		MENOS DE UN DÍA ..... 00 → ANOTE EN 9.16A			¿Cuál fue la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	
			((NOMBRE) es mujer)		PREGUNTE Y ANOTE FECHA DE NACIMIENTO (9.17) PARA CADA HIJO		PREGUNTE Y ANOTE FECHA DE NACIMIENTO (9.17) ANTES DE ESCRIBIR EL NOMBRE	((NOMBRE) era mujer)					¿Cuál fue la fecha de pérdida?	
9.10	9.11		9.12		9.13		9.14	9.15		9.16A	9.16B	9.16C	9.17	
NOMBRE	SÍ	NO	H	M	AÑOS		NOMBRE	H	M	DÍAS	O MESES	O AÑOS	MES	AÑO
1		1 2	1 2					1 2						1
2		1 2	1 2					1 2						2
3		1 2	1 2					1 2						3
4		1 2	1 2					1 2						4
5		1 2	1 2					1 2						5
6		1 2	1 2					1 2						6
7		1 2	1 2					1 2						7
8		1 2	1 2					1 2						8
9		1 2	1 2					1 2						9
10		1 2	1 2					1 2						10
11		1 2	1 2					1 2						11
12		1 2	1 2					1 2						12
13		1 2	1 2					1 2						13
14		1 2	1 2					1 2						14
15		1 2	1 2					1 2						15
16		1 2	1 2					1 2						16
17		1 2	1 2					1 2						17
18		1 2	1 2					1 2						18
19		1 2	1 2					1 2						19
20		1 2	1 2					1 2						20
21		1 2	1 2					1 2						21
22		1 2	1 2					1 2						22
23		1 2	1 2					1 2						23
24		1 2	1 2					1 2						24
25		1 2	1 2					1 2						25
26		1 2	1 2					1 2						26
27		1 2	1 2					1 2						27
28		1 2	1 2					1 2						28

**IX FECUNDIDAD. HISTORIA DE EMBARAZOS**

**PARA TODAS LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES HABITUALES**

**MORTINATOS**

9.18

¿Ha tenido alguna hija o hijo que haya nacido muerto?

Sí ..... 1 → 9.19 ¿Cuántos? [ ][ ]

NO ..... 2 → PASE A 9.22

PREGUNTE LA FECHA DE PÉRDIDA (9.17) PARA (primer, segundo, etc.) MORTINATO ANTES DE PREGUNTAR 9.20

<p style="text-align: center;">9.20</p> <p>¿A los cuántos meses de embarazo tuvo a su primer (segundo, etc.) hijo nacido muerto?</p> <p style="text-align: center;">9.20</p> <p style="text-align: center;">MESES</p>	<p style="text-align: center;">9.21</p> <p>¿Dio alguna señal de vida como movimiento, llanto o respiro?</p> <p style="text-align: center;">9.21</p>	
SÍ	NO	NO SABE

**ABORTOS**

9.22

¿Ha tenido alguna pérdida o aborto?

Sí ..... 1 → 9.23 ¿Cuántos? [ ][ ]

ALGÚN EMBARAZO PASE A 9.25

NINGÚN EMBARAZO PASE A SECCIÓN XI

NO ..... 2 →

PREGUNTE LA FECHA DE PÉRDIDA (9.17) PARA (primer, segundo, etc.) ABORTO ANTES DE PREGUNTAR 9.24

9.24

¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ocurrió su primer (segundo, etc.) pérdida (aborto)?

9.24

MESES

**PARA TODOS LOS EMBARAZOS**

**INTERVALOS**

9.25

REVISE LAS FECHAS DE NACIMIENTO O PÉRDIDA (9.17) Y SI HAY INTERVALOS DE DOS O MÁS AÑOS ENTRE LAS FECHAS PREGUNTE:

¿Tuvo algún embarazo entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?

Sí → REGISTREEL EMBARAZO DONDE CORRESPONDA

9.25

SÍ	NO	
----	----	--

1				1	2	9						1	2	1
2				1	2	9						1	2	2
3				1	2	9						1	2	3
4				1	2	9						1	2	4
5				1	2	9						1	2	5
6				1	2	9						1	2	6
7				1	2	9						1	2	7
8				1	2	9						1	2	8
9				1	2	9						1	2	9
10				1	2	9						1	2	10
11				1	2	9						1	2	11
12				1	2	9						1	2	12
13				1	2	9						1	2	13
14				1	2	9						1	2	14
15				1	2	9						1	2	15
16				1	2	9						1	2	16
17				1	2	9						1	2	17
18				1	2	9						1	2	18
19				1	2	9						1	2	19
20				1	2	9						1	2	20
21				1	2	9						1	2	21
22				1	2	9						1	2	22
23				1	2	9						1	2	23
24				1	2	9						1	2	24
25				1	2	9						1	2	25
26				1	2	9						1	2	26
27				1	2	9						1	2	27
28				1	2	9						1	2	28

**X REGISTRO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES**

PARA TODOS LOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS Y ACTUALMENTE FALLECIDOS										PARA TODOS LOS HIJOS FALLECIDOS										
RESIDENCIA DE LA MADRE AL NACIMIENTO		REGISTRO DE NACIMIENTO			LUGAR DE REGISTRO		EDAD DEL REGISTRO		REGISTRO MÚLTIPLE	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN			REGISTRO DE DEFUNCIÓN							
10.1		10.2			10.3		10.4		10.5	10.6			10.7							
¿En qué estado de la República o país vivía usted cuando nació (NOMBRE)?		¿Registraron el nacimiento de (NOMBRE) en el registro civil? "NO" Y ACTUALMENTE VIVO ↓ PASE AL SIGUIENTE HIJO "NO" Y ACTUALMENTE FALLECIDO ↓ PASE A 10.6			¿En qué estado de la República o país registraron a (NOMBRE)?  SI DECLARA MÁS DE UN REGISTRO ASEGÚRESE DE ANOTAR EL ESTADO O PAÍS DEL PRIMERO		¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo (a) registraron?  MENOS DE UN MES ..... 00 NO SABE ..... 99		Además del registro anterior, ¿cuántas veces más han tenido que registrar a (NOMBRE)?  NINGUNO ... 0 Y ACTUALMENTE VIVO ↓ PASE AL SIGUIENTE HIJO	¿Un médico o persona autorizada le(s) dio un certificado de la muerte o papel donde dice de qué murió (NOMBRE)?			¿Registraron la muerte de (NOMBRE) en el registro civil?							
→ 10.1A		→ 10.1B			→ 10.3A		→ 10.3B		→ 10.4A	→ 10.4B		→ 10.5			→ 10.6			→ 10.7		
ESTADO O PAÍS	AQUÍ	SÍ	NO	NO SABE	ESTADO O PAÍS	AQUÍ	MESES	O	AÑOS	No. DE VECES	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE				
1		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
2		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
3		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
4		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
5		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
6		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
7		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
8		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
9		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
10		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
11		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
12		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
13		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
14		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
15		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
16		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
17		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
18		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
19		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
20		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
21		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
22		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
23		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
24		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
25		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
26		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
27		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				
28		1	2	3	9		4				1	2	9	3	4	9				

**XI PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS**

11.1 CONDICIÓN DE EMBARAZO ACTUAL  
**¿Actualmente está usted embarazada?**

11.2 DESEO DE MÁS HIJOS  
**Además del hijo que está esperando ¿le gustaría tener otro?**

11.3 TIEMPO ANTES DEL SIGUIENTE  
**Después del nacimiento del niño que está esperando, ¿cuánto tiempo le gustaría esperar para tener a su siguiente hijo?**  
 MENOS DE UN AÑO ..... 00  
 SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA ANÓTELA E INTENTE OBTENER UNA CIFRA

11.4 DESEO DE (MÁS) HIJOS  
**CON HIJOS NACIDOS VIVOS** → **Además de los hijos que ha tenido ¿le gustaría tener otro?**  
**SIN HIJOS NACIDOS VIVOS** → **En un futuro ¿le gustaría tener hijos?**

11.5 TIEMPO ANTES DEL SIGUIENTE (PRIMERO)  
**¿Cuánto tiempo le gustaría esperar para tener otro (un) hijo?**  
 MENOS DE UN AÑO ..... 00  
 SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA ANÓTELA E INTENTE OBTENER UNA CIFRA

11.6 IDEAL DE HIJOS  
**CON HIJOS NACIDOS VIVOS** → **Si usted pudiera regresar a la época en la cual no tenía hijos, y pudiera escoger el número de hijos por tener en toda su vida ¿cuántos tendría?**  
**SIN HIJOS NACIDOS VIVOS** → **Si usted pudiera escoger el número de hijos por tener en toda su vida ¿cuántos tendría?**  
 SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA ANÓTELA E INTENTE OBTENER UNA CIFRA

11.7 PREFERENCIA DE SEXO  
**De éstos, ¿cuántos desearía que fueran mujeres y cuántos hombres?**  
 SI NO TIENE UNA PREFERENCIA POR SEXO, ANOTE TEXTUAL

SÍ ..... 1  
 NO ..... 2  
 NOSABE ..... 9 } PASE A 11.4

SÍ ..... 3  
 NO ..... 4  
 NOSABE ..... 9 } PASE A 11.6

AÑOS ..... | | | } PASE A 11.6  
 ANOTE TEXTUAL .....

SÍ ..... 5  
 NO ..... 6  
 NOSABE ..... 9 } PASE A 11.6

AÑOS ..... | | |  
 ANOTE TEXTUAL .....

NÚMERO ..... | | | } PASE A SECCIÓN XII  
 NINGUNO ..... 00 →  
 ANOTE TEXTUAL .....

Mujeres ..... | | |  
 Hombres ..... | | |  
 ANOTE TEXTUAL .....

## XII ANTICONCEPCIÓN

### PARA LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES HABITUALES

12.1 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		12.2 USO DE MÉTODOS
<p><b>Me gustaría que habláramos de algo distinto: Existen varios métodos o medios que puede usar una pareja para no tener hijos o para retrasar un embarazo.</b></p> <p>¿Quisiera usted decirme de qué métodos o medios ha oído hablar?</p> <p>PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, LEA SU DESCRIPCIÓN Y PREGUNTE:</p> <p>¿Ha oído hablar de (MÉTODO)? "SÍ" → CIRCULE EL CÓDIGO 2</p> <p>"NO" → CIRCULE EL CÓDIGO 3</p>		<p>SINO CONOCENINGÚN MÉTODO PASE A 12.3</p> <p>PARA CADA "SÍ" EN 12.1 PREGUNTE:</p> <p>¿Alguna vez usted ha usado (MÉTODO) para no embarazarse?</p>
<p>A) <b>Pastillas o píldoras</b></p> <p>"Una mujer puede tomar una pastilla todos los días para no embarazarse"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>B) <b>Preservativos o condones</b></p> <p>"Un hombre puede usar un condón o bolsita de hule durante las relaciones sexuales para no embarazarse a su pareja"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>C) <b>Óvulos, jaleas, espumas o diafragma</b></p> <p>"Una mujer puede colocarse óvulos, tabletas espumantes, crema o un diafragma en la vagina antes de tener relaciones sexuales para no embarazarse"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>D) <b>Dispositivo, DIU o aparato</b></p> <p>"Una mujer puede pedirle a un médico o enfermera que le coloque un aparato en forma de espiral o "T" en la matriz para no embarazarse"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>E) <b>Inyecciones</b></p> <p>"Una mujer puede ponerse una inyección para no embarazarse durante uno o más meses"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>F) <b>Norplant, tubitos o implantes</b></p> <p>"Una mujer puede pedirle a un médico o enfermera que le coloque unos tubitos bajo la piel del brazo para no embarazarse"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>G) <b>Operación femenina, ligadura o salpingoclasia</b></p> <p>"Una mujer puede operarse para ya no embarazarse"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>H) <b>Operación masculina o vasectomía</b></p> <p>"Un hombre puede operarse para no embarazarse a su pareja"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>I) <b>Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica</b></p> <p>"Una pareja puede dejar de tener relaciones sexuales en ciertos días del mes cuando es más probable que la mujer se embarace"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>J) <b>Retiro o coito interrumpido</b></p> <p>"Un hombre puede tener cuidado durante el acto sexual y retirarse antes de terminar para no embarazarse a su pareja"</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>
<p>K) <b>Otros</b></p> <p>¿Ha oído hablar de alguna otra forma o método para no tener hijos?</p> <p>_____</p> <p>ESPECIFIQUE</p>	<p>SÍ (ESPONTÁNEAMENTE) ..... 1</p> <p>SÍ (CON AYUDA) ..... 2</p> <p>NO ..... 3</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>



**XII ANTICONCEPCIÓN**

**MÉTODO ACTUAL**

**12.3 FILTRO**

VEA PREGUNTA 12.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

NUNCA USUARIA (NINGÚN "sí") ..... 1 → PASE A 12.6  
 ALGUNA VEZ USUARIA (AL MENOS UN "sí") ..... 2

**12.4 CONDICIÓN DE USO**

¿Actualmente usted o su pareja están haciendo algo para no tener hijos?

Sí ..... 1 → PASE A 12.6  
 NO ..... 2

**12.5 MÉTODO DEFINITIVO**

¿Está usted o su pareja operada para ya no tener hijos?

Sí → ¿Quién? ELLA ..... 1 } PASE A 12.7  
 SU PAREJA ..... 2 }  
 NO ..... 3 → PASE A 12.6

**12.6 TIPO DE MÉTODO**

¿Qué están haciendo usted o su pareja para no tener hijos?

CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MÉTODOS QUE LE MENCIONEN

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS REFÍERASE AL PRIMERO QUE APARECE CIRCULADO, ES DECIR, AL MÁS EFECTIVO

Operación femenina (ligadura o salpingoclasia) ..... 01  
 Operación masculina (vasectomía) ..... 02  
 Pastillas ..... 03  
 Inyecciones:  
     Mensuales ..... 04  
     Bimestrales ..... 05  
     Trimestrales ..... 06  
 Norplant ..... 07  
 Dispositivo (DIU) o aparato ..... 08  
 Condones ..... 09  
 Óvulos, jaleas, espumas o diafragma ..... 10  
 Ritmo ..... 11 } PASE A 12.11  
 Retiro ..... 12 }  
 Otro método ..... 13 } ESPECIFIQUE  
 N.R. .... 99

**12.7 LUGAR DE OBTENCIÓN**

¿Dónde consigue actualmente (MÉTODO MÁS EFECTIVO MENCIONADO EN 12.6)?

DIU O NORPLANT PREGUNTE: → ¿A dónde fue a que le pusieran el (NOMBRE DEL MÉTODO)?

OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA PREGUNTE: → ¿Dónde la (lo) operaron?

Seguro Social (Clínica, hospital o promotora) ..... 01  
 ISSSTE (Clínica, hospital o promotora) ..... 02  
 Centro de Salud, SSA (Clínica, hospital o promotora) ... 03  
 IMSS-Solidaridad (Clínica o promotora) ..... 04  
 DIF ..... 05  
 Otras instituciones de salud del gobierno ..... 06  
 MEXFAM (antes FEPAC) ..... 07  
 FEMAP ..... 08  
 Consultorio, clínica u hospital privado ..... 09  
 Farmacia ..... 10 } PASE A 12.10  
 Tienda de autoservicio ..... 11 }  
 Otro lugar ..... 12 } ESPECIFIQUE  
 NO SABE ..... 99

**XII ANTICONCEPCIÓN**

12.8 MÉTODOSOLICITADO

¿El método que usted utiliza actualmente es el que fue a solicitar?

SÍ ..... 1 → PASE A 12.10

NO ..... 2

ANOTE TEXTUAL ..... → PASE A 12.10

12.9 RAZÓN DE NO OBTENCIÓN

¿Cuál es la razón principal por la que no le dieron el método que usted quería usar?

ANOTE TEXTUAL .....

12.10 CALIDAD DEL SERVICIO

Antes de que le proporcionaran o recetaran el uso de (MÉTODO MÁS EFECTIVO MENCIONADO EN 12.6):

OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA PREGUNTE: → Antes de que la (lo) operaran:

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

	SÍ	NO	NO SABE
¿Le informaron de otros métodos que podía usar? .....	1	2	9
¿Le explicaron sobre molestias que podía tener? .....	1	2	9
¿Le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia? .....	1	2	9
¿Le dedicaron el tiempo suficiente para darle toda la información que usted necesitaba? .....	1	2	9
¿Le aclararon todas sus dudas respecto al método? .....	1	2	9

12.11 RAZÓN DE USO DE MÉTODO ACTUAL

¿Cuál es la razón principal por la que usa (MÉTODO MÁS EFECTIVO MENCIONADO EN 12.6) en lugar de otro método?

- Por recomendación de un prestador de servicios de salud ..... 01
- Por recomendación de un amigo o familiar ..... 02
- Tuvo efectos colaterales con otro método ..... 03
- Le gusta la forma de uso ..... 04
- Es fácil conseguirlo ..... 05
- Puede pagar el costo ..... 06
- Quería un método permanente ..... 07
- Su esposo o pareja lo prefirió ..... 08
- Quería un método más efectivo ..... 09
- Es el único método que conoce ..... 10
- No causa daños a la salud ..... 11
- No le consultaron su opinión ..... 12
- Otra razón ..... 13
- ESPECIFIQUE*
- N. R. .... 99

12.12 FECHA DE INICIO DE USO

¿En qué mes y año comenzó a usar (MÉTODO MÁS EFECTIVO MENCIONADO EN 12.6) sin interrupción, es decir, en forma continua?

OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA PREGUNTE: → ¿En qué mes y año la (lo) operaron?

    |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|

          MES      Y      AÑO

12.13 RAZÓN DE USO

¿Actualmente usa (MÉTODO MÁS EFECTIVO MENCIONADO EN 12.6) para:

OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA PREGUNTE: → ¿Usted (Su pareja) se operó para:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

que (usted) no se embarace nunca más? .... 1

que (usted) no quede embarazada por algún tiempo? ..... 2

¿Otra razón? ..... 3

*ESPECIFIQUE*

## XII ANTICONCEPCIÓN

12.14 CONDICIÓN DE USO ANTERIOR

**¿Antes de (MÉTODO ACTUAL MÁS EFECTIVO MENCIONADO EN 12.6) usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos?**

SÍ ..... 1

NO ..... 2 → **PASE A SECCIÓN XIII**

12.15 FILTRO

**VEA PREGUNTA 12.12 Y VERIFIQUE LA FECHA DE MÉTODO ACTUAL**

INICIO USO DE MÉTODO ANTES DE ENERO DE 1992 ..... 1 → **PASE A 12.28 (PRIMER MÉTODO)**

INICIO USO DE MÉTODO ENTRE ENERO DE 1992 Y LA FECHA ACTUAL ..... 2 → **PASE A 12.19**

12.16 RAZÓN DE NO USO

**¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no está haciendo algo para no tener hijos?**

Está embarazada ..... 01

Quiere embarazarse ..... 02

No lo necesita:

    por ser soltera, separada, viuda o divorciada ... 03

    por estar en la menopausia ..... 04

    por esterilidad de ella o su pareja ..... 05

    por ausencia temporal de su pareja ..... 06

    porque dejó de tener relaciones sexuales ..... 07

Teme a los efectos colaterales ..... 08

Tuvo efectos colaterales ..... 09

Se opone su pareja ..... 10

Tiene una enfermedad y prefiere no usar nada ..... 11

Está dando el pecho a uno de sus hijos:

    y no considera necesario usar método ..... 12

    y cree que puede haber problemas de salud ..... 13

Por razones religiosas ..... 14

Expulsó el DIU ..... 15

No está de acuerdo en usar métodos anticonceptivos ..... 16

No conoce métodos ..... 17

No sabe cómo se usan los métodos ..... 18

Otra razón ..... 19

*ESPECIFIQUE*

N.R. .... 99

12.17 FILTRO

**VEA PREGUNTA 12.3, 12.4 y 12.5 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE**

NUNCA USUARIA (12.3 = 1) ..... 1 → **PASE A SECCIÓN XIII**

EXUSUARIA (12.4 y 12.5 "NO") ..... 2 → **PASE A 12.19**

**HISTORIA ANTICONCEPTIVA DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS**

REGISTRE EN EL SIGUIENTE CUADRO LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS ANTERIORMENTE INICIE POR EL PENÚLTIMO (ÚLTIMO) MÉTODO QUE USÓ			
ORDEN DE MÉTODO	TIPO DE MÉTODO	LUGAR DE OBTENCIÓN	EFECTIVIDAD DEL MÉTODO
12.18  N Ú M E R O D E E S E G M E N T O	<p align="center">12.19</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>USUARIAS ACTUALES</b> → ¿Qué usó antes de (MÉTODO ANTERIOR)?         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>EX-USUARIAS</b> → ¿Qué fue lo último que usted o su pareja hicieron para no tener hijos?         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">             SI MENCIONAN EL USO DE MÁS DE UN MÉTODO, ANOTE LOS CÓDIGOS DE LOS 3 MÁS EFECTIVOS Y EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS REFÍERASE AL DE MENOR CÓDIGO         </div> <p>Operación femenina (ligadura) ..... 01</p> <p>Operación masculina (vasectomía) ..... 02</p> <p>Pastillas ..... 03</p> <p>Inyecciones:</p> <p>    Mensuales ..... 04</p> <p>    Bimestrales ..... 05</p> <p>    Trimestrales ..... 06</p> <p>Norplant ..... 07</p> <p>Dispositivo (DIU) o aparato ..... 08</p> <p>Condones ..... 09</p> <p>Óvulos, jaleas, espumas o diafragma ... 10</p> <p>Ritmo ..... 11</p> <p>Retiro ..... 12</p> <p>Otro método ESPECIFIQUE EN 12.19B ..... 13</p> <p>N.R. .... 99</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; width: fit-content;"> <b>PASE A 12.21</b> </div>	<p align="center">12.20</p> <p>¿Dónde consiguió (MÉTODO) cuando lo empezó a usar?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>DIU o NORPLANT PREGUNTE:</b> → ¿A dónde fue a que le pusieran el (NOMBRE DEL MÉTODO)?         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>OPERACIÓN PREGUNTE:</b> → ¿Dónde la (lo) operaron?         </div> <p>Seguro Social (Clínica, hospital o promotora) ..... 01</p> <p>ISSSTE (Clínica, hospital o promotora) .. 02</p> <p>Centro de Salud, SSA (Clínica, hospital o promotora) ..... 03</p> <p>IMSS-Solidaridad (Clínica o promotora) . 04</p> <p>DF ..... 05</p> <p>Otras instituciones de salud del gobierno ..... 06</p> <p>MEXFAM (antes FEPAC) ..... 07</p> <p>FEMAP ..... 08</p> <p>Consultorio, clínica u hospital privado ... 09</p> <p>Farmacia ..... 10</p> <p>Tienda de autoservicio ..... 11</p> <p>Otro lugar ESPECIFIQUE EN 12.20B ..... 12</p> <p>NO SABE ..... 99</p>	<p align="center">12.21</p> <p>¿Se embarazó usted mientras usaba este método?</p>
12.18	12.19A → 12.19B	12.20A → 12.20B	→ 12.21

ORDEN	CÓDIGO	OTRO MÉTODO	CÓDIGO	OTRA INSTITUCIÓN	SI NO	
					SI	NO
1	PENÚLTIMO (ÚLTIMO) SEGMENTO	_____	_____	_____	1	2
2	SEGMENTO ANTERIOR	_____	_____	_____	1	2
3	SEGMENTO ANTERIOR	_____	_____	_____	1	2
4	SEGMENTO ANTERIOR	_____	_____	_____	1	2
5	SEGMENTO ANTERIOR	_____	_____	_____	1	2
6	SEGMENTO ANTERIOR	_____	_____	_____	1	2
7	SEGMENTO ANTERIOR	_____	_____	_____	1	2

12.28 Ahora me voy a referir a la primera vez que usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos.  
¿Qué fue lo primero que usted o su pareja hicieron para no tener hijos?

8	PRIMER MÉTODO	_____	_____	_____	1	2
---	---------------	-------	-------	-------	---	---

**HISTORIA ANTICONCEPTIVA DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS**

REGISTRE EN EL SIGUIENTE CUADRO LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS ANTERIORMENTE INICIE POR EL PENÚLTIMO (ÚLTIMO) MÉTODO QUE USÓ										
RAZÓN DE SUSPENSIÓN O ABANDONO		FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	NÚMERO DE HIJOS	CONDICIÓN DE USO ANTERIOR		FILTRO			
12.22		12.23	12.24	12.25	12.26		12.27			
N Ú M E R O D E S E G M E N T O	¿Cuál fue la principal razón por la que dejó de usarlo?		¿En qué mes y año empezó a usar este método?	¿Hasta qué mes y año utilizó este método sin interrupción, es decir, en forma continua?	¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar este método?	¿Antes de (MÉTODO MÁS EFECTIVO MENCIONADO EN 12.19) usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos, aunque haya sido por poco tiempo?		VER 12.23 ¿INICIO DE USO ENTRE ENERO DE 1992 Y LA FECHA ACTUAL?		
	Se embarazó ..... 01								"NO" ↓ PASE A SECCIÓN XIII	
	Quería embarazarse ..... 02								"SI" ↓ PASE AL SIGUIENTE SEGMENTO	
	No lo necesitaba:									
	por estar separada, viuda o divorciada ..... 03									
	por estar en la menopausia ..... 04									
	por esterilidad de ella o de su pareja ..... 05									
	por ausencia temporal de su pareja ..... 06									
	porque dejó de tener relaciones sexuales ..... 07									
	Temor a los efectos colaterales ..... 08									
	Tuvo efectos colaterales ..... 09									
	Se opuso su pareja ..... 10									
	Se enfermó y prefirió no usar nada ..... 11									
	Estaba dando el pecho a alguno de sus hijos:									
	y no consideraba necesario usar método ..... 12								"NO" ↓ PASE AL PRIMER MÉTODO 12.28	
	y creía que podía haber problemas de salud ..... 13									
	Por razones religiosas ..... 14									
	Expulsó el DIU ..... 15									
Prefería otro método ..... 16										
Desconfiaba de su efectividad ..... 17										
Otra razón ESPECIFIQUE EN 12.22B ..... 18										
12.22A → 12.22B		→ 12.23	→ 12.24	→ 12.25	→ 12.26		12.27			

CÓDIGO	OTRA RAZÓN	MES Y AÑO		MES Y AÑO		NÚMERO DE HIJOS	SÍ NO		SÍ NO	
1							1	2	1	2
2							1	2	1	2
3							1	2	1	2
4							1	2	1	2
5							1	2	1	2
6							1	2	1	2
7							1	2	1	2
8										

"SI" EN LA PREGUNTA 12.27 DEL REGISTRO 7  
PASE A PREGUNTAR PRIMER MÉTODO 12.28 ←

**CONTINÚE** →

**XIII SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO)**

**PARA MUJERES DE 15 A 54 AÑOS CON UNO O MÁS EMBARAZOS OCURRIDOS DE ENERO DE 1994 A LA FECHA DE LA ENTREVISTA**

**13.1 FILTRO**

VEA LA HISTORIA DE EMBARAZOS, CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE.

NUNCA EMBARAZADA ..... 1 → **PASE A SECCIÓN XIV**

CON ALGÚN EMBARAZO ..... 2

↓ **ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO** ↓

\_\_\_\_\_  
 N° DE RENGLÓN      MES Y AÑO      → **ANTES DE ENERO DE 1994 PASE A SECCIÓN XIV**  
 FECHA DE NACIMIENTO O PÉRDIDA (9.17)

**13.2 FILTRO**

VEA LA HISTORIA DE EMBARAZOS Y ANOTE EL RESULTADO DEL ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO

ABORTO ..... 1

MORTINATO ..... 2

HIJO ACTUALMENTE VIVO ..... 3

HIJO ACTUALMENTE FALLECIDO ..... 4

↓ **IDENTIFICACIÓN** ↓

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 NOMBRE      DÍAS o MESES o AÑOS  
 (9.10 ó 9.14)      EDAD (9.13 ó 9.16)

**13.3 TIEMPO DE REVISIÓN PRENATAL**

Ahora vamos hablar de cuando estaba embarazada de (NOMBRE).

¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez, después que supo que estaba embarazada?

SEMANAS ..... \_\_\_\_\_

MESES ..... \_\_\_\_\_

No la revisaron ..... 97 → **PASE A 13.8**

**13.4 PERSONAL DE REVISIÓN PRENATAL**

¿Quién la revisó la mayoría de las veces cuando estuvo embarazada de (NOMBRE)?

Médico ..... 1

Enfermera ..... 2

Auxiliar o promotora de salud ..... 3

Partera o comadrona ..... 4

Otra persona ..... 5

*ESPECIFIQUE*

**13.5 LUGAR DE REVISIÓN PRENATAL**

¿En este embarazo, la mayoría de las veces a qué institución o lugar fue a revisión?

Seguro Social (Clínica u hospital) ..... 01

ISSSTE (Clínica u hospital) ..... 02

Centro de Salud, SSA (Clínica u hospital) ..... 03

IMSS-Solidaridad (Clínica) ..... 04

DIF ..... 05

Otras instituciones de salud del gobierno ..... 06

Consultorio, clínica u hospital privado ..... 07

Casa de la partera ..... 08

En su casa ..... 09

Otro lugar ..... 10

*ESPECIFIQUE*

**XIII SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO)**

13.6 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN PRENATAL

¿Durante las revisiones de este embarazo:

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

	SI	NO	NO SABE
le tomaron la presión? .....	1	2	9
la pesaron? .....	1	2	9
le aplicaron la vacuna contra el tétanos? .....	1	2	9
le recomendaron dar el pecho? .....	1	2	9
le hablaron sobre planificación familiar? .....	1	2	9
le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara? .....	1	2	9
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PREGUNTE:</div>			
↓			
¿Le ofrecieron:			
la operación femenina? .....	1	2	9
el dispositivo? .....	1	2	9
las pastillas? .....	1	2	9
las inyecciones? .....	1	2	9
algún otro método? .....	1	2	9

13.7 NÚMERO DE REVISIONES PRENATALES

En total ¿cuántas revisiones le hicieron cuando estuvo embarazada de (NOMBRE)?

NÚMERO DE REVISIONES .....

13.8 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

¿Durante este embarazo tuvo usted:

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

	SI	NO	NO SABE
sangrado vaginal? .....	1	2	9
hinchazón de piernas y/o cara? .....	1	2	9
presión alta? .....	1	2	9
presión baja? .....	1	2	9
frecuentes dolores de cabeza? .....	1	2	9
azúcar en la sangre? .....	1	2	9
infección en los riñones? .....	1	2	9
otra complicación? .....	1	2	9
<i>ESPECIFIQUE</i>			

13.9 PERSONAL DE ATENCIÓN EN EL PARTO (ABORTO)

¿Quién la atendió (ayudó) en el momento del parto (pérdida)?

Médico .....	1
Enfermera .....	2
Auxiliar o promotora de salud .....	3
Partera o comadrona .....	4
Otra persona .....	5
<i>ESPECIFIQUE</i>	
Nadie (ella sola) .....	6 →

PASE A 13.11

13.10 LUGAR DE ATENCIÓN EN EL PARTO (ABORTO)

En el momento del parto (pérdida) ¿dónde la atendieron (ayudaron)?

Seguro Social (Clínica u hospital) .....	01
ISSSTE (Clínica u hospital) .....	02
Centro de Salud, SSA (Clínica u hospital) .....	03
IMSS-Solidaridad (Clínica) .....	04
DIF .....	05
Otras instituciones de salud del gobierno .....	06
Consultorio, clínica u hospital privado .....	07
Casa de la partera .....	08
En su casa .....	09
Otro lugar .....	10
<i>ESPECIFIQUE</i>	

**XIII SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO)**

13.11 TIEMPO DE REVISIÓN POSPARTO

¿Cuántos días o meses después del parto (pérdida) la revisaron, (nuevamente)?

NO SABE ..... 99 → ANOTE EN DÍAS

DÍAS ..... | | |

SEMANAS ..... | | |

MESES ..... | | |

No la revisaron ..... 97 → PASE A 13.13

13.12 LUGAR DE REVISIÓN POSPARTO

¿Después del parto (pérdida), a qué institución o lugar fue a revisión?

Seguro Social (Clínica u hospital) ..... 01

ISSSTE (Clínica u hospital) ..... 02

Centro de Salud, SSA (Clínica u hospital) ..... 03

IMSS-Solidaridad (Clínica) ..... 04

DIF ..... 05

Otras instituciones de salud del gobierno ..... 06

Consultorio, clínica u hospital privado ..... 07

Casa de la partera ..... 08

En su casa ..... 09

Otro lugar ..... 10

*ESPECIFIQUE*

13.13 REGRESO DE LA REGLA

¿Cuánto tiempo después del parto (pérdida) le regresó su regla?

NO LE HA REGRESADO ..... 97

MESES ..... | | |

13.14 FILTRO

VEA PREGUNTA 13.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

ABORTO ..... 1 → PASE A 13.32

HIJONACIDO VIVO O MUERTO ..... 2

13.15 COMPLICACIONES EN EL PARTO

¿Durante el parto:

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NO SABE
se le rompió la fuente antes de que sintiera los dolores? .....	1	2	9
tuvo presión alta? .....	1	2	9
tuvo presión baja? .....	1	2	9
el (la) niño (a) venía de pies o sentado (a)? ...	1	2	9
el (la) niño (a) traía el cordón umbilical enredado? .....	1	2	9
tuvo otra complicación? .....	1	2	9

*ESPECIFIQUE*

13.16 TIPO DE PARTO

¿Este parto fue:

normal? ..... 1

por cesárea? ..... 2

13.17 FILTRO

VEA PREGUNTA 13.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

HIJONACIDO MUERTO ..... 1 → PASE A 13.32

HIJONACIDO VIVO ..... 2



**XIII SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO)**

13.18 EDAD GESTACIONAL

Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre (NOMBRE).

¿Cuántos meses estuvo embarazada de (NOMBRE)?

6 A MENOS DE 7 MESES ..... 1

7 A MENOS DE 8 MESES ..... 2

8 A MENOS DE 9 MESES ..... 3

9 MESES ..... 4

MÁS DE 9 MESES ..... 5

NO SABE ..... 9

13.19 PESO AL NACER

¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?

NO LO (A) PESARON . 8 888 } ANOTE EN LAS CASILLAS

NO SABE ..... 9 999 }

PESO ..... | | | | |

KILOS GRAMOS

13.20 CONDICIÓN DE LACTANCIA MATERNA

¿Le dio usted el pecho a (NOMBRE)?

SÍ ..... 1 → PASE A 13.22

NO ..... 2

13.21 RAZÓN DE NO LACTANCIA

¿Por qué no le dio el pecho a (NOMBRE)?

Murió a las horas de nacido ..... 1

Estaba enferma ..... 2

Por enfermedad del niño (a) ..... 3

Nunca tuvo leche ..... 4

No tuvo suficiente leche ..... 5

El niño(a) lo rechazó ..... 6

Por indicación médica ..... 7

Otra razón ..... 8

ESPECIFIQUE

PASE A 13.24

13.22 INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Cuánto tiempo de nacido (a) tenía (NOMBRE), cuando le empezó a dar el pecho?

HORAS ..... | | | |

DÍAS ..... | | | |

13.23 DURACIÓN LECHE MATERNA

¿Durante cuánto tiempo le dio (ha dado) a (NOMBRE) el pecho?

AÚN TOMA EL PECHO ..... 98 } ANOTE EN DÍAS

NO SABE ..... 99 }

DÍAS ..... | | | |

MESES ..... | | | |

13.24 FILTRO

VEA PREGUNTA 13.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

HIJO FALLECIDO ANTES DE LOS 30 DÍAS ..... 1 → PASE A 13.32

HIJO SOBREVIVIENTE A PARTIR DEL 30º DÍA ..... 2

13.25 INICIO DE OTROS ALIMENTOS

¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar:

MENOS DE UN MES ..... 00 } ANOTE EN CADA CASILLA

NO LE HEDADO EL ALIMENTO . 97 }

NO SABE ..... 99 }

agua o té? ..... | | | |

leche en polvo, de vaca, etc.? ..... | | | |

atole o cereales? ..... | | | |

jugo (frutas o verduras)? ..... | | | |

caldo (frijoles, res o pollo)? ..... | | | |

puré de frutas o verduras? ..... | | | |

puré de res o pollo? ..... | | | |

sopa, tortillas o pan? ..... | | | |

huevo? ..... | | | |

**XIII SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO)**

13.26 NÚMERO DE REVISIONES AL NIÑO

¿Cuántas veces revisaron (han revisado) a (NOMBRE) en su primer año de vida?

NO SABE ..... 99

NÚMERO DE REVISIONES ..... | | | |

NO LO (A) REVISARON ..... 00 → PASE A 1331

13.27 PERSONAL DE REVISIÓN AL NIÑO

En el primer año de vida de (NOMBRE), la mayoría de las veces ¿quién lo (a) revisó (ha revisado)?

Médico ..... 1

Enfermera ..... 2

Auxiliar o promotora de salud ..... 3

Partera o comadrona ..... 4

Otra persona ..... 5  
*ESPECIFIQUE*

13.28 LUGAR DE REVISIÓN AL NIÑO

En el primer año de vida de (NOMBRE), la mayoría de las veces ¿en qué institución o lugar lo (a) revisaron (han revisado)?

Seguro Social (Clínica u hospital) ..... 01

ISSSTE (Clínica u hospital) ..... 02

Centro de Salud, SSA (Clínica u hospital) ..... 03

IMSS-Solidaridad (Clínica) ..... 04

DIF ..... 05

Otras instituciones de salud del gobierno ..... 06

Consultorio, clínica u hospital privado ..... 07

Casa de la partera ..... 08

En su casa ..... 09

Otro lugar ..... 10  
*ESPECIFIQUE*

13.29 EDAD A LA PRIMERA REVISIÓN

¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo (a) revisaron la primera vez?

NO SABE ..... 99 → ANOTE EN DÍAS

DÍAS ..... | | | |

SEMANAS ..... | | | |

MESES ..... | | | |

13.30 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN

¿Durante la revisión a (NOMBRE):

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NO SABE
lo(a) pesaron? .....	1	2	9
lo(a) midieron? .....	1	2	9
le dieron alguna recomendación para su alimentación? .....	1	2	9

13.31 VACUNAS

¿Cuántas veces le han puesto a (NOMBRE) la vacuna:

NO LE HAN PUESTO LA VACUNA ..... 0 ANOTE EN CADA CASILLA

LEA CADA OPCIÓN Y REGISTRE PARA CADA UNA EL NÚMERO DE DOSIS DE LAS VACUNAS QUE LE HAYAN PUESTO

que deja cicatriz en el hombro derecho, contra la tuberculosis (BCG)? ..... | | | |

de las gotitas en la boca, contra la polio (SABIN)? ..... | | | |

que se inyecta contra la tosferina, difteria y tétanos, la triple (DPT)? ..... | | | |

que deja cicatriz en el brazo izquierdo, contra el sarampión? ..... | | | |



**XIII SALUD MATERNOINFANTIL (PENÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO)**

13.37 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN PRENATAL

¿Durante las revisiones de este embarazo:

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NO SABE
le tomaron la presión? .....	1	2	9
la pesaron? .....	1	2	9
le aplicaron la vacuna contra el tétanos? .....	1	2	9
le recomendaron dar el pecho? .....	1	2	9
le hablaron sobre planificación familiar? .....	1	2	9
le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara? .....	1	2	9
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PREGUNTE:</div>			
¿Le ofrecieron:			
la operación femenina? .....	1	2	9
el dispositivo? .....	1	2	9
las pastillas? .....	1	2	9
las inyecciones? .....	1	2	9
algún otro método? .....	1	2	9

13.38 NÚMERO DE REVISIONES PRENATALES

En total ¿cuántas revisiones le hicieron cuando estuvo embarazada de (NOMBRE)?

NÚMERO DE REVISIONES .....

13.39 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

¿Durante este embarazo tuvo usted:

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NO SABE
sangrado vaginal? .....	1	2	9
hinchazón de piernas y/o cara? .....	1	2	9
presión alta? .....	1	2	9
presión baja? .....	1	2	9
frecuentes dolores de cabeza? .....	1	2	9
azúcar en la sangre? .....	1	2	9
infección en los riñones? .....	1	2	9
otra complicación? .....	1	2	9
<i>ESPECIFIQUE</i>			

13.40 PERSONAL DE ATENCIÓN EN EL PARTO (ABORTO)

¿Quién la atendió (ayudó) en el momento del parto (pérdida)?

Médico ..... 1

Enfermera ..... 2

Auxiliar o promotora de salud ..... 3

Partera o comadrona ..... 4

Otra persona ..... 5

*ESPECIFIQUE*

Nadie (ella sola) ..... 6 → 

PASE A 13.42

13.41 LUGAR DE ATENCIÓN EN EL PARTO (ABORTO)

En el momento del parto (pérdida) ¿dónde la atendieron (ayudaron)?

Seguro Social (Clínica u hospital) ..... 01

ISSSTE (Clínica u hospital) ..... 02

Centro de Salud, SSA (Clínica u hospital) ..... 03

IMSS-Solidaridad (Clínica) ..... 04

DIF ..... 05

Otras instituciones de salud del gobierno ..... 06

Consultorio, clínica u hospital privado ..... 07

Casa de la partera ..... 08

En su casa ..... 09

Otro lugar ..... 10

*ESPECIFIQUE*

**XIII SALUD MATERNO INFANTIL (PENÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO)**

13.42 TIEMPO DE REVISIÓN POSPARTO

¿Cuántos días o meses después del parto (pérdida) la revisaron, (nuevamente)?

NO SABE ..... 99 → ANOTE EN DÍAS

DÍAS ..... | | | |

SEMANAS ..... | | | |

MESES ..... | | | |

No la revisaron ..... 97 → PASE A 13.44

13.43 LUGAR DE REVISIÓN POSPARTO

¿Después del parto (pérdida), a qué institución o lugar fue a revisión?

Seguro Social (Clínica u hospital) ..... 01

ISSSTE (Clínica u hospital) ..... 02

Centro de Salud, SSA (Clínica u hospital) ..... 03

IMSS-Solidaridad (Clínica) ..... 04

DIF ..... 05

Otras instituciones de salud del gobierno ..... 06

Consultorio, clínica u hospital privado ..... 07

Casa de la partera ..... 08

En su casa ..... 09

Otro lugar ..... 10

*ESPECIFIQUE*

13.44 REGRESO DE LA REGLA

¿Cuánto tiempo después del parto (pérdida) le regresó su regla?

NO LE REGRESÓ ..... 97

MESES ..... | | | |

13.45 FILTRO

VEA PREGUNTA 13.33 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

ABORTO ..... 1 → PASE A SECCIÓN XIV

HIJO NACIDO VIVO O MUERTO ..... 2

13.46 COMPLICACIONES EN EL PARTO

¿Durante el parto:

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NO SABE
se le rompió la fuente antes de que sintiera los dolores? .....	1	2	9
tuvo presión alta? .....	1	2	9
tuvo presión baja? .....	1	2	9
el (la) niño (a) venía de pies o sentado (a)? ...	1	2	9
el (la) niño (a) traía el cordón umbilical enredado? .....	1	2	9
tuvo otra complicación? .....	1	2	9

*ESPECIFIQUE*

13.47 TIPO DE PARTO

¿Este parto fue:

normal? ..... 1

por cesárea? ..... 2

13.48 FILTRO

VEA PREGUNTA 13.33 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

HIJO NACIDO MUERTO ..... 1 → PASE A SECCIÓN XIV

HIJO NACIDO VIVO ..... 2

**XIII SALUD MATERNO INFANTIL (PENÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO)**

13.49 EDAD GESTACIONAL

Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre (NOMBRE).

¿Cuántos meses estuvo embarazada de (NOMBRE)?

6 A MENOS DE 7 MESES ..... 1

7 A MENOS DE 8 MESES ..... 2

8 A MENOS DE 9 MESES ..... 3

9 MESES ..... 4

MÁS DE 9 MESES ..... 5

NO SABE ..... 9

13.50 PESO AL NACER

¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?

NO LO (A) PESARON . 8 888

NO SABE ..... 9 999

ANOTE EN LAS CASILLAS

PESO ..... | | | | |

KILOS GRAMOS

13.51 CONDICIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Le dio usted el pecho a (NOMBRE)?

SÍ ..... 1 → PASE A 13.53

NO ..... 2

13.52 RAZÓN DE NO LACTANCIA

¿Por qué no le dio el pecho a (NOMBRE)?

Murió a las horas de nacido ..... 1

Estaba enferma ..... 2

Por enfermedad del niño (a) ..... 3

Nunca tuvo leche ..... 4

No tuvo suficiente leche ..... 5

El niño (a) lo rechazó ..... 6

Por indicación médica ..... 7

Otra razón ..... 8

ESPECIFIQUE

PASE A 13.55

13.53 INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Cuánto tiempo de nacido (a) tenía (NOMBRE), cuando le empezó a dar el pecho?

HORAS ..... | | | |

DÍAS ..... | | | |

13.54 DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Durante cuánto tiempo le dio (ha dado) a (NOMBRE) el pecho?

AÚN TOMA EL PECHO ..... 98

NO SABE ..... 99

ANOTE EN DÍAS

DÍAS ..... | | | |

MESES ..... | | | |

13.55 FILTRO

VEA PREGUNTA 13.33 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

HIJO FALLECIDO ANTES DE LOS 30 DÍAS ..... 1 → PASE A SECCIÓN XIV

HIJO SOBREVIVIENTE A PARTIR DEL 30º DÍA ..... 2

13.56 INICIO DE OTROS ALIMENTOS

¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar:

MENOS DE UN MES ..... 00

NO LE HADADO EL ALIMENTO. 97

NO SABE ..... 99

ANOTE EN CADA CASILLA

agua o té? ..... | | | |

leche en polvo, de vaca, etc.? ..... | | | |

atole o cereales? ..... | | | |

jugo (frutas o verduras)? ..... | | | |

caldo (frijoles, res o pollo)? ..... | | | |

puré de frutas o verduras? ..... | | | |

puré de res o pollo? ..... | | | |

sopa, tortillas o pan? ..... | | | |

huevo? ..... | | | |

**XIII SALUD MATERNO INFANTIL (PENÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO)**

13.57 NÚMERO DE REVISIONES AL NIÑO

¿Cuántas veces revisaron (han revisado) a (NOMBRE) en su primer año de vida?

NO SABE ..... 99

NÚMERO DE REVISIONES ..... | | | |

NO LO (A) REVISARON ..... 00 →

PASE A  
13.62

13.58 PERSONAL DE REVISIÓN AL NIÑO

En el primer año de vida de (NOMBRE), la mayoría de las veces ¿quién lo (a) revisó (ha revisado)?

Médico ..... 1

Enfermera ..... 2

Auxiliar o promotora de salud ..... 3

Partera o comadrona ..... 4

Otra persona ..... 5

*ESPECIFIQUE*

13.59 LUGAR DE REVISIÓN AL NIÑO

En el primer año de vida de (NOMBRE), la mayoría de las veces ¿en qué institución o lugar lo (a) revisaron (han revisado)?

Seguro Social (Clínica u hospital) ..... 01

ISSSTE (Clínica u hospital) ..... 02

Centro de Salud, SSA (Clínica u hospital) ..... 03

IMSS-Solidaridad (Clínica) ..... 04

DIF ..... 05

Otras instituciones de salud del gobierno ..... 06

Consultorio, clínica u hospital privado ..... 07

Casa de la partera ..... 08

En su casa ..... 09

Otro lugar ..... 10

*ESPECIFIQUE*

13.60 EDAD A LA PRIMERA REVISIÓN

¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo (a) revisaron la primera vez ?

NO SABE ..... 99 →

ANOTE  
EN  
DÍAS

DÍAS ..... | | | |

SEMANAS ..... | | | |

MESES ..... | | | |

13.61 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN

¿Durante la revisión a (NOMBRE):

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NO SABE
lo (a) pesaron? .....	1	2	9
lo (a) midieron? .....	1	2	9
le dieron alguna recomendación para su alimentación? .....	1	2	9

13.62 VACUNAS

¿Cuántas veces le han puesto a (NOMBRE) la vacuna:

NO LE HAN PUESTO LA VACUNA ..... 0

ANOTE  
EN CADA  
CASILLA

LEA CADA OPCIÓN Y REGISTRE PARA CADA UNA EL NÚMERO DE DOSIS DE LAS VACUNAS QUE LE HAYAN PUESTO

que deja cicatriz en el hombro derecho, contra la tuberculosis (BCG)? ..... | | | |

de las gotitas en la boca, contra la polio (SABIN)? ..... | | | |

que se inyecta contra la tosferina, difteria y tétanos, la triple (DPT)? ..... | | | |

que deja cicatriz en el brazo izquierdo, contra el sarampión? ..... | | | |

**XIV HISTORIA DE UNIONES**

**PARA TODAS LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES HABITUALES**

<p>14.1 ESTADOCIVIL</p> <p>¿Actualmente usted:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">                 LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA             </div>	<p>vive en unión libre? ..... 01 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 14.3</span></p> <p>es separada?</p> <p>  de una unión libre? ..... 02</p> <p>  de un matrimonio? ..... 03</p> <p>es divorciada?</p> <p>  de un matrimonio sólo por lo civil? ..... 04</p> <p>  de un matrimonio por lo civil y por la iglesia? ..... 05</p> <p>es viuda?</p> <p>  de una unión libre? ..... 06</p> <p>  de un matrimonio? ..... 07</p> <p>es casada?</p> <p>  sólo por lo civil? ..... 08</p> <p>  sólo por la iglesia? ..... 09</p> <p>  por lo civil y por la iglesia? ..... 10</p> <p>es soltera? ..... 11 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A LA SIGUIENTE MUJER</span></p>						
<p>14.2 FECHA ÚLTIMA DISOLUCIÓN</p> <p>¿En qué mes y año terminó su (último (a)) matrimonio (unión)?</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ </td> <td style="padding: 0 10px;">Y</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MES</td> <td></td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table> </div>	_ _	Y	_ _	MES		AÑO
_ _	Y	_ _					
MES		AÑO					
<p>14.3 FECHA INICIO UNIÓN ACTUAL</p> <p>¿En qué mes y año comenzó su matrimonio (unión)?</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ </td> <td style="padding: 0 10px;">Y</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MES</td> <td></td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table> </div>	_ _	Y	_ _	MES		AÑO
_ _	Y	_ _					
MES		AÑO					
<p>14.4 FILTRO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">                 VEA LA PREGUNTA 14.1 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE             </div>	<p>CASADA (08, 09 ó 10) ..... 1</p> <p>DIVORCIADA (04 ó 05) ..... 2</p> <p>SEPARADA DE MATRIMONIO (03) ..... 3</p> <p>VIUDA DE MATRIMONIO (07) ..... 4</p> <p>UNIÓN LIBRE (01) ..... 5</p> <p>SEPARADA DE UNIÓN LIBRE (02) ..... 6</p> <p>VIUDA DE UNIÓN LIBRE (06) ..... 7</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 14.7</span> </div>						
<p>14.5 CONDICIÓN COHABITACIÓN PREMARITAL</p> <p>¿Antes de (MES Y AÑO DE 14.3) habían vivido juntos algún tiempo?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 14.7</span></p>						
<p>14.6 FECHA INICIO COHABITACIÓN PREMARITAL</p> <p>¿En qué mes y año empezaron a vivir juntos?</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ </td> <td style="padding: 0 10px;">Y</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MES</td> <td></td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table> </div>	_ _	Y	_ _	MES		AÑO
_ _	Y	_ _					
MES		AÑO					



**XIV HISTORIA DE UNIONES**

14.7 UNIONES ANTERIORES

¿Antes de su unión actual (última unión) tuvo usted otra unión o matrimonio?

---

14.8 NÚMERO UNIONES ANTERIORES

Sin contar la unión actual (última unión)  
¿Cuántas veces estuvo usted unida o casada?

SÍ ..... 1

NO ..... 2 →

PASE A LA SIGUIENTE MUJER

NÚMERO DE UNIONES ANTERIORES ..... [ ]

**REGISTRE EN EL SIGUIENTE CUADRO TODAS LAS UNIONES O MATRIMONIOS ANTERIORES. INICIE POR LA (EL) PRIMERA (O) QUE VIVIÓ.**

PARA MUJERES CON MÁS DE UNA UNIÓN										
NÚMERO DE UNIONES	FECHA INICIO (1ª, 2ª ... ) UNIÓN	TIPO UNIÓN	TIPO DISOLUCIÓN	FECHA (1ª, 2ª ... ) DISOLUCIÓN	COHABITACIÓN PREMATRITAL (1ª, 2ª ...)		FECHA INICIO (1ª, 2ª ... ) COHABITACIÓN			
	14.10	14.11	14.12	14.13	14.14		14.15			
	¿En qué mes y año comenzó su primera (segunda., etc.) unión o matrimonio?	¿Esta fue: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">                         LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div> una unión libre? ..... 1 un matrimonio sólo por lo civil? ..... 2 sólo por la iglesia? ..... 3 por lo civil y por la iglesia? ..... 4	¿Este (a) matrimonio (unión) se terminó por: separación? 1 viudez? ..... 2 divorcio? ..... 3	¿En qué mes y año terminó este (a) matrimonio (unión)?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">                         SI ESTUVO CASADA (14.11=2,3 ó 4) PREGUNTE:                     </div> ¿Antes de casarse habían vivido juntos algún tiempo?  "NO" ↓ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">                         PASE A LA SIGUIENTE UNIÓN                     </div>		¿En qué mes y año comenzaron a vivir juntos?			
	→ 14.10	→ 14.11	→ 14.12	→ 14.13	→ 14.14		14.15			
	MES Y AÑO	TIPO UNIÓN	TIPO DISOLUCIÓN	MES Y AÑO		SÍ	NO	MES Y AÑO		
1	[ ][ ] [ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ][ ] [ ][ ]	1	2	[ ][ ] [ ][ ]	[ ][ ] [ ][ ]		
2	[ ][ ] [ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ][ ] [ ][ ]	1	2	[ ][ ] [ ][ ]	[ ][ ] [ ][ ]		
3	[ ][ ] [ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ][ ] [ ][ ]	1	2	[ ][ ] [ ][ ]	[ ][ ] [ ][ ]		
4	[ ][ ] [ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ][ ] [ ][ ]	1	2	[ ][ ] [ ][ ]	[ ][ ] [ ][ ]		
5	[ ][ ] [ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ][ ] [ ][ ]	1	2	[ ][ ] [ ][ ]	[ ][ ] [ ][ ]		
6	[ ][ ] [ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ][ ] [ ][ ]	1	2	[ ][ ] [ ][ ]	[ ][ ] [ ][ ]		

SI HAY OTRA MUJER DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTE HABITUAL EN EL HOGAR
 CONTINÚE
 →

