



INSTITUTO NACIONAL
DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018

Módulo para la mujer

1. Datos de identificación

ENTIDAD _____

MUNICIPIO _____

LOCALIDAD _____

AGEB..... _____

2. Control de la vivienda

UPM..... _____

NÚMERO DE VIVIENDA SELECCIONADA..... _____

3. Control de hogares y módulos

HOGAR [] DE [] EN LA VIVIENDA MÓDULO [] DE [] DEL HOGAR

4. Resultado final de la entrevista individual

| RESULTADO | FECHA | CÓDIGOS |
|-----------|--------------------|---|
| [] | [] [] DÍA MES | 1 Completa 2 Mujer con edad fuera de rango 3 Incompleta |

5. Datos de la mujer de 15 a 54 años

VEA 2.4 LISTA DE PERSONAS DEL CUESTIONARIO PARA EL HOGAR; IDENTIFIQUE A LA MUJER ELEGIBLE (2.4C); REGISTRE SU NOMBRE (2.4B) Y NÚMERO DE RENGLÓN DE LA PERSONA (2.4A)

NOMBRE _____ NÚMERO DE RENGLÓN []

PARA MUJERES DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES HABITUALES DE LA VIVIENDA

V. Fecundidad e historia de embarazos

| 5.1 FECHA DE NACIMIENTO | 5.2 EDAD | 5.3 FILTRO | |
|--|--|--|---|
| <p>Para empezar, le haré algunas preguntas de carácter personal. Por favor dígame, ¿en qué mes y año nació usted?</p> <p>ANOTE EL MES Y EL AÑO</p> <p>[] [] MES AÑO</p> | <p>Entonces, ¿cuántos años cumplidos tiene usted?</p> <p>ANOTE CON NÚMERO SUME EL AÑO DE 5.1 Y LOS AÑOS CUMPLIDOS</p> <p>[] [] [] [] [] []</p> <p>SI YA CUMPLIÓ AÑOS EN 2018, LA SUMA DEBE SER 2018. SI NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 2018, DEBE SER 2017. EN CASO DE INCONSISTENCIA, VERIFIQUE Y CORRIJA. SI LA EDAD ES MENOR DE 15 O MAYOR DE 54 AÑOS, CONTINÚE CON LA SIGUIENTE MUJER</p> | <p>VEA LAS PREGUNTAS 3.16 Y 5.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</p> <p>MUJER DE 15 A 34 AÑOS QUE NO ASISTE ACTUALMENTE A LA ESCUELA..... 1</p> <p>MUJER DE 15 A 34 AÑOS QUE ASISTE ACTUALMENTE A LA ESCUELA O MUJER DE 35 AÑOS Y MÁS..... 2 } PASE A 5.6</p> | |
| 5.4 CAUSA DE ABANDONO ESCOLAR | | 5.5 EDAD AL ABANDONO ESCOLAR | 5.6 ALGUNA VEZ EMBARAZADA |
| <p>En el cuestionario del hogar registré que usted actualmente no asiste a la escuela, me puede decir: ¿Cuál fue el motivo principal por el que dejó la escuela?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>Sí asiste actualmente a la escuela..... 00 } PASE A 5.6</p> <p>Se embarazó o tuvo una hija o hijo..... 01</p> <p>Se casó o unió..... 02</p> <p>Familia o padres no la dejaron seguir estudiando..... 03</p> <p>Tenía que dedicarse a quehaceres del hogar o cuidar algún familiar..... 04</p> <p>Reprobó materia(s), semestre o año o por bajo aprovechamiento..... 05</p> <p>Problemas personales con maestros o compañeros..... 06</p> | | <p>¿Cuántos años cumplidos tenía cuando dejó la escuela?</p> <p>ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS</p> <p>[] [] [] [] [] []</p> <p>ANOTE CON NÚMERO</p> | <p>¿Ha estado embarazada alguna vez?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 } PASE A 5.22</p> |
| 5.7 HIJAS E HIJOS FALLECIDOS | 5.8 HIJAS E HIJOS SOBREVIVIENTES | 5.9 HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS | |
| <p>De sus hijas e hijos que nacieron vivos, ¿cuántos han muerto?</p> <p>NINGUNO, ANOTE "00"</p> <p>[] [] [] [] [] []</p> <p>ANOTE CON NÚMERO</p> | <p>¿Cuántas de sus hijas e hijos viven actualmente?</p> <p>NINGUNO, ANOTE "00"</p> <p>[] [] [] [] [] []</p> <p>ANOTE CON NÚMERO</p> | <p>En total, ¿cuántas hijas e hijos que nacieron vivos ha tenido?</p> <p>NINGUNO, ANOTE "00"</p> <p>[] [] [] [] [] []</p> <p>ANOTE CON NÚMERO } SI ES "00" PASE A 5.18</p> | |

Continúe con la pregunta 5.10 ➔

V. Fecundidad e historia de embarazos

| HIJAS E HIJOS SOBREVIVIENTES | | | | | | HIJAS E HIJOS FALLECIDOS | | | | | | | | |
|--|--|--|----|--|-------|---|---|--------|--|------|--|-------|-------|------|
| 5.10 IDENTIFICACIÓN DE LA HIJA O HIJO SOBREVIVIENTE | | 5.11 RESIDENCIA EN EL HOGAR | | 5.12 SEXO DEL SOBREVIVIENTE | | 5.13 EDAD DEL SOBREVIVIENTE | 5.14 IDENTIFICACIÓN DE LA HIJA O HIJO FALLECIDO | | 5.15 SEXO DEL FALLECIDO | | 5.16 EDAD AL MORIR | | | |
| <p>SI TIENE HIJAS O HIJOS SOBREVIVIENTES, SOLICITE:</p> <p>Por favor dígame los nombres de sus hijas o hijos que están vivos, empezando por el mayor. Incluya a los que ya no viven con usted.</p> <p>ANOTE EL NOMBRE</p> | | <p>¿Está (NOMBRE) viviendo con usted?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> | | <p>(NOMBRE) es hombre.</p> <p>(NOMBRE) es mujer.</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> | | <p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p> <p>MENOS DE UN AÑO, ANOTE "00"</p> <p>PREGUNTE Y ANOTE LA FECHA DE NACIMIENTO (5.17B) PARA CADA HIJA O HIJO</p> | <p>SIN HIJAS O HIJOS FALLECIDOS, PASE A 5.18</p> <p>CON HIJAS O HIJOS FALLECIDOS, SOLICITE:</p> <p>Dígame los nombres de sus hijas o hijos que nacieron vivos pero que han muerto, empezando por el primero que tuvo.</p> <p>PREGUNTE Y ANOTE LA FECHA DE NACIMIENTO (5.17B) ANTES DE ESCRIBIR EL NOMBRE</p> | | <p>(NOMBRE) era hombre.</p> <p>(NOMBRE) era mujer.</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> | | <p>¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió?</p> <p>ANOTE SOLAMENTE DÍAS, MESES O AÑOS</p> <p>MENOS DE UN DÍA, ANOTE "00" EN DÍAS (5.16A)</p> <p>RECUERDE EL USO CORRECTO DE LOS CÓDIGOS "88" Y "99" CUANDO NO SE ESPECIFICA LA EDAD</p> | | | |
| 5.10 | | 5.11 | | 5.12 | | 5.13 | 5.14 | | 5.15 | | 5.16A | 5.16B | 5.16C | |
| NOMBRE | | SÍ | NO | HOMBRE | MUJER | AÑOS | NOMBRE | HOMBRE | MUJER | DÍAS | O | MESES | O | AÑOS |
| 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 |

V. Fecundidad e historia de embarazos

| 5.17 FECHA DE NACIMIENTO O PÉRDIDA | | | MORTINATOS | | | ABORTOS | | | 5.25 INTERVALOS | | |
|---|--------|--------|--|---|----|--|---------|--------|---|----|----|
| <p>PARA HIJAS E HIJOS SOBREVIVIENTES O FALLECIDOS, PREGUNTE:</p> <p>¿Cuál fue la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?</p> | | | 5.18 TOTAL | | | 5.22 TOTAL | | | <p>REVISE FECHAS DE NACIMIENTO O PÉRDIDA (5.17B), Y SI HAY INTERVALOS DE DOS O MÁS AÑOS ENTRE LAS FECHAS, PREGUNTE:</p> <p>¿Tuvo algún embarazo entre (NOMBRE) y (NOMBRE)?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> | | |
| | | | <p>¿Ha tenido alguna hija o hijo que haya nacido muerto?</p> <p>Sí 1 } ^{5.19} ¿Cuántos? [][]</p> <p>No 2 } PASE A 5.22</p> <p>PREGUNTE Y ANOTE LA FECHA DE PÉRDIDA (5.17B) DE CADA MORTINATO ANTES DE PREGUNTAR 5.20</p> | | | <p>¿Ha tenido alguna pérdida o aborto?</p> <p>Sí1 } ^{5.23} ¿Cuántos? [][]</p> <p>No2 } SI HAY ALGUNA FECHA EN 5.17B, PASE A 5.25; NINGUNA FECHA, PASE A SECCIÓN VII</p> <p>PREGUNTE Y ANOTE LA FECHA DE PÉRDIDA (5.17B) DE CADA ABORTO ANTES DE PREGUNTAR 5.24</p> | | | | | |
| <p>PARA MORTINATOS Y ABORTOS, PREGUNTE:</p> <p>¿Cuál fue la fecha de pérdida?</p> <p>CIRCULE EN 5.17A EL RENGLÓN CORRESPONDIENTE Y ANOTE LA FECHA EN 5.17B</p> | | | 5.20 | 5.21 | | 5.24 | | | <p>PREGUNTE EL RESULTADO DEL EMBARAZO Y LA FECHA DE OCURRENCIA PARA REGISTRAR EL EMBARAZO DONDE CORRESPONDA</p> | | |
| | | | <p>¿A los cuántos meses de embarazo tuvo a su primera (segunda, etc.) hija o hijo nacido muerto?</p> <p>ANOTE LOS MESES</p> | <p>¿Dio alguna señal de vida, como movimiento, llanto o respiración?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> | | <p>¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ocurrió su primera (segunda, etc.) pérdida o aborto?</p> <p>ANOTE LOS MESES</p> | | | | | |
| 5.17A | 5.17B | | 5.20 | 5.21 | | 5.24 | | | 5.25 | | |
| | MES | Y | AÑO | MESES | SÍ | NO | NO SABE | MESES | 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 |

Continúe con la sección VI ➔

VI. Certificado y registro, de nacimientos y defunciones

HIJAS E HIJOS SOBREVIVIENTES Y FALLECIDOS QUE NACIERON DE 2012 A 2018

6.1 FILTRO

CON LA FECHA DE NACIMIENTO (5.17B) Y LA IDENTIFICACIÓN DE LAS HIJAS E HIJOS SOBREVIVIENTES (5.10) Y FALLECIDOS (5.14), CONTABILICE:

HIJAS E HIJOS SOBREVIVIENTES NACIDOS DE 2012 A 2018

6.1A

HIJAS E HIJOS FALLECIDOS NACIDOS DE 2012 A 2018

6.1B

SIN HIJAS O HIJOS, ANOTE "00" EN 6.1A Y EN 6.1B, Y PASE A 6.7

CON UNA O MÁS HIJAS O HIJOS CIRCULE 6.2A Y ANOTE SU(S) NOMBRE(S) EN 6.2B, CONSERVANDO EL RENGLÓN DE LA SECCIÓN V

| 6.2 FILTRO (IDENTIFICACIÓN) | | CERTIFICADO DE NACIMIENTO | | | | | REGISTRO DE NACIMIENTO | | | | | |
|---|--------|---|----|---|----|---------|---|----|---------|--|--------|----|
| | | 6.3 LUGAR DE ATENCIÓN | | 6.4 CONDICIÓN DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO | | | 6.5 CONDICIÓN DE REGISTRO DE NACIMIENTO | | | 6.6 EDAD AL REGISTRO | | |
| CIRCULE EN 6.2A Y ANOTE EN 6.2B EL NOMBRE DE LA HIJA O HIJO SOBREVIVIENTE DE 5.10 O DEL FALLECIDO DE 5.14 | | ¿El parto de (NOMBRE) ocurrió en una unidad médica? CIRCULE UN SOLO CÓDIGO | | ¿Al nacer (NOMBRE) recibió el certificado de nacimiento que otorga el Sector Salud? CIRCULE UN SOLO CÓDIGO | | | ¿Registraron el nacimiento de (NOMBRE) en el Registro Civil? SI DECLARA "NO" O "NO SABE", SIGA CON LA SIGUIENTE HIJA O HIJO NACIDO VIVO (SI ES EL ÚLTIMO, PASE A FILTRO 6.7) CIRCULE UN SOLO CÓDIGO | | | ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando la(o) registraron? ANOTE SOLAMENTE MESES O AÑOS MENOS DE UN MES, ANOTE "00" RECUERDE EL USO CORRECTO DE LOS CÓDIGOS "88" Y "99" CUANDO NO SE ESPECIFICA LA EDAD SIGA CON LA SIGUIENTE HIJA O HIJO NACIDO VIVO (SI ES EL ÚLTIMO, PASE A FILTRO 6.7) | | |
| 6.2A | 6.2B | 6.3 | | 6.4 | | | 6.5 | | | 6.6A | 6.6B | |
| | NOMBRE | SÍ | NO | SÍ | NO | NO SABE | SÍ | NO | NO SABE | MESES | O AÑOS | |
| 1 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 1 |
| 2 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 2 |
| 3 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 3 |
| 4 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 4 |
| 5 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 5 |
| 6 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 6 |
| 7 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 7 |
| 8 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 8 |
| 9 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 9 |
| 10 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 10 |
| 11 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 11 |
| 12 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 12 |
| 13 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 13 |
| 14 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 14 |
| 15 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 15 |
| 16 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 16 |
| 17 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 17 |
| 18 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 18 |
| 19 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 19 |
| 20 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 20 |
| 21 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 21 |
| 22 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 22 |
| 23 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 23 |
| 24 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 24 |
| 25 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 25 |
| 26 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 26 |
| 27 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 27 |
| 28 | _____ | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | _____ | _____ | 28 |

VI. Certificado y registro, de nacimientos y defunciones

HIJAS E HIJOS FALLECIDOS QUE AL MORIR TENÍAN MENOS DE 5 AÑOS DE EDAD

6.7 FILTRO

VEA 5.16 Y REGISTRE EL NÚMERO DE HIJAS E HIJOS FALLECIDOS CON MENOS DE 5 AÑOS DE EDAD (NO IMPORTA SU AÑO DE NACIMIENTO, E INCLUYA LOS CASOS CON CÓDIGO "88" EN DÍAS U "88" EN MESES)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

CON UNA O MÁS HIJAS O HIJOS FALLECIDOS, CIRCULE 6.8A Y ANOTE SU(S) NOMBRE(S) EN 6.8B, CONSERVANDO EL RENGLÓN DE LA SECCIÓN V

SIN HIJAS O HIJOS, ANOTE "00" Y PASE A SECCIÓN VII

| 6.8 FILTRO (IDENTIFICACIÓN) | | 6.9 CONDICIÓN DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN | | | 6.10 CONDICIÓN DE REGISTRO DE DEFUNCIÓN | | | |
|---|--------|--|----|---------|---|----|---------|----|
| CIRCULE EN 6.8A Y ANOTE EN 6.8B EL NOMBRE DE LA HIJA O HIJO FALLECIDO DE 5.14 | | ¿Un médico o persona autorizada le(s) dio un certificado de la muerte donde dice de qué murió (NOMBRE)? | | | ¿Registraron la muerte de (NOMBRE) en el Registro Civil? | | | |
| | | SI DECLARA "NO" O "NO SABE", INDAGUE SI CONTRATÓ LOS SERVICIOS DE UNA FUNERARIA; SI LA RESPUESTA ES "SÍ", CIRCULE "1" EN 6.9 CIRCULE UN SOLO CÓDIGO | | | SI DECLARA "NO" O "NO SABE" Y SI EN 6.9 NO SE INDAGÓ SOBRE LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO FUNERARIO, INDAGUE; Y SI LA RESPUESTA ES "SÍ", CIRCULE "1" EN 6.10 SI ES LA ÚLTIMA HIJA O HIJO FALLECIDO CON MENOS DE 5 AÑOS AL MOMENTO DE MORIR, PASE A SECCIÓN VII CIRCULE UN SOLO CÓDIGO | | | |
| 6.8A | 6.8B | 6.9 | | | 6.10 | | | |
| | NOMBRE | SÍ | NO | NO SABE | SÍ | NO | NO SABE | |
| 1 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 |
| 2 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 2 |
| 3 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 3 |
| 4 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 4 |
| 5 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 5 |
| 6 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 6 |
| 7 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 7 |
| 8 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 8 |
| 9 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 9 |
| 10 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 10 |
| 11 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 11 |
| 12 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 12 |
| 13 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 13 |
| 14 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 14 |
| 15 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 15 |
| 16 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 16 |
| 17 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 17 |
| 18 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 18 |
| 19 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 19 |
| 20 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 20 |
| 21 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 21 |
| 22 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 22 |
| 23 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 23 |
| 24 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 24 |
| 25 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 25 |
| 26 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 26 |
| 27 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 27 |
| 28 | _____ | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 28 |

Continúe con la sección VII →

VII. Preferencias reproductivas

| 7.1 CONDICIÓN DE EMBARAZO ACTUAL | | 7.2 DESEO DEL EMBARAZO ACTUAL | | 7.3 DESEO DE MÁS HIJAS O HIJOS (EMBARAZADA) | | 7.4 TIEMPO PARA EL SIGUIENTE | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| Actualmente, ¿está usted embarazada? <i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 9 } PASE A 7.6 | | ¿En el momento que usted se embarazó... <i>LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> quería embarazarse? 1 quería esperar más tiempo? 2 no quería embarazarse? 3 | | Además de la hija o del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otra u otro? <i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 9 } PASE A 7.5 | | Después del nacimiento de su hija o hijo, ¿cuántos años le gustaría esperar para tener a la o al siguiente? MENOS DE UN AÑO, ANOTE "00" RESPUESTA TEXTUAL, REGISTRE E INTENTE CONSEGUIR UNA CIFRA; DE NO OBTENERLA, ANOTE "88" NO SABE, ANOTE "99" ANOTE CON NÚMERO ANOTE | | | |
| 7.5 FILTRO (EMBARAZADA) | | 7.6 FILTRO (NO EMBARAZADA) | | 7.7 DESEO DE HIJAS(OS) | | 7.8 TIEMPO ANTES DEL PRIMERO | | 7.9 MOTIVO DE NO HIJAS O HIJOS (SIN HIJAS(OS)) | |
| VEA LA HISTORIA DE EMBARAZOS (5.10 Y 5.14) Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE CON HIJAS O HIJOS...1 } PASE A 7.14 SIN HIJAS O HIJOS....2 } PASE A 7.10 | | VEA LA HISTORIA DE EMBARAZOS (5.10 Y 5.14) Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE CON HIJAS O HIJOS...1 } PASE A 7.11 SIN HIJAS O HIJOS....2 | | ¿Le gustaría tener hijas o hijos? <i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí.....1 Sí, pero no puede2 } PASE A 7.9 No.....3 No sabe.....9 } PASE A 7.10 | | ¿Cuántos años le gustaría esperar para tener una hija o hijo? MENOS DE UN AÑO, ANOTE "00" SI DECLARA QUE YA NO PUEDE, ANOTE "77" Y PASE A 7.9 RESPUESTA TEXTUAL, REGISTRE E INTENTE CONSEGUIR UNA CIFRA, DE NO OBTENERLA, ANOTE "88" NO SABE, ANOTE "99" ANOTE CON NÚMERO ANOTE } PASE A 7.10 | | ¿Por qué no puede tener hijas o hijos? REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA Por motivos de salud.....1 Ella o su pareja están operados para no tener hijos (ligadura, OTB o vasectomía).....2 No tiene pareja.....3 Menopausia.....4 Esterilidad de ella o su pareja5 Otro.....6 ANOTE | |

| 7.10 IDEAL DE HIJAS O HIJOS (SIN HIJAS(OS)) | 7.11 DESEO DE MÁS HIJAS O HIJOS (CON HIJAS(OS)) | 7.12 TIEMPO ANTES DEL SIGUIENTE | 7.13 MOTIVO DE NO MÁS HIJAS O HIJOS (CON HIJAS(OS)) | 7.14 IDEAL DE HIJAS O HIJOS (CON HIJAS(OS)) |
|--|---|---|---|---|
| <p>Si pudiera escoger, ¿cuántas hijas o hijos le gustaría tener en toda su vida?</p> <p>NINGUNO, ANOTE "00"</p> <p>RESPUESTA TEXTUAL, REGISTRE E INTENTE CONSEGUIR UNA CIFRA; DE NO OBTENERLA, ANOTE "88"</p> <p>NO SABE, ANOTE "99"</p> <p>ANOTE CON NÚMERO</p> <p>ANOTE</p> <p>PASE A LA SECCIÓN VIII</p> | <p>Además de las hijas o hijos que ha tenido, ¿le gustaría tener otra u otro?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>Sí, pero no puede 2 } PASE A 7.13</p> <p>No..... 3</p> <p>No sabe 9 } PASE A 7.14</p> <p>ANOTE CON NÚMERO</p> <p>ANOTE</p> | <p>¿Cuántos años le gustaría esperar para tener otra hija o hijo?</p> <p>MENOS DE UN AÑO, ANOTE "00"</p> <p>SI DECLARA QUE YA NO PUEDE, ANOTE "77" Y PASE A 7.13</p> <p>RESPUESTA TEXTUAL, REGISTRE E INTENTE CONSEGUIR UNA CIFRA; DE NO OBTENERLA, ANOTE "88"</p> <p>NO SABE, ANOTE "99"</p> <p>ANOTE CON NÚMERO</p> <p>ANOTE</p> | <p>¿Por qué no puede tener más hijas o hijos?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>Por motivos de salud..... 1</p> <p>Ella o su pareja están operados para no tener hijas(os) (ligadura, OTB o vasectomía) 2</p> <p>No tiene pareja 3</p> <p>Menopausia..... 4</p> <p>Esterilidad de ella o su pareja 5</p> <p>Otro 6</p> <p>ANOTE</p> | <p>Si regresara a la época cuando no tenía hijas o hijos, y pudiera escoger el número de hijas o hijos por tener en toda su vida, ¿cuántos tendría?</p> <p>NINGUNO, ANOTE "00"</p> <p>RESPUESTA TEXTUAL, REGISTRE E INTENTE CONSEGUIR UNA CIFRA; DE NO OBTENERLA, ANOTE "88"</p> <p>NO SABE, ANOTE "99"</p> <p>ANOTE CON NÚMERO</p> <p>ANOTE</p> <p>PASE A LA SECCIÓN VIII</p> |
| 7.15 FILTRO | 7.16 DECISIÓN NÚMERO DE HIJAS O HIJOS | 7.17 MÁS HIJAS O HIJOS DEL IDEAL | 7.18 MENOS HIJAS O HIJOS DEL IDEAL | |
| <p>VEA LA PREGUNTA 5.9 Y ANOTE EL NÚMERO DE HIJAS O HIJOS</p> <p>ANOTE CON NÚMERO</p> <p>COMPARE CON 7.14 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</p> <p>IGUAL QUE 7.14.....1</p> <p>MAYOR QUE 7.14 ...2 } PASE A 7.17</p> <p>MENOR QUE 7.14...3 } PASE A 7.18</p> | <p>El número de hijas o hijos que tiene actualmente, ¿ha sido decisión...</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>suya?..... 1</p> <p>de su pareja? 2</p> <p>de ambos? 3 } PASE A LA SECCIÓN VIII</p> <p>de otra persona? 4</p> <p>ANOTE</p> <p>No responde..... 9</p> | <p>¿Cuál es la razón principal por la que ha tenido más hijas o hijos de los que deseaba?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>No utilizó métodos anticonceptivos 1</p> <p>No conocía métodos anticonceptivos 2</p> <p>Le falló el método anticonceptivo 3 } PASE A LA SECCIÓN VIII</p> <p>Su esposo (pareja) quería más hijas o hijos..... 4</p> <p>Por razones religiosas..... 5</p> <p>Otra 6</p> <p>ANOTE</p> | <p>¿Cuál es la razón principal por la que no ha tenido las hijas o hijos que deseaba?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>Piensa tener más hijas o hijos 1</p> <p>Por falta de dinero 2</p> <p>Está estudiando 3</p> <p>Por motivos de salud..... 4</p> <p>No tiene pareja..... 5</p> <p>Ella o su pareja están operados para no tener más hijas o hijos (ligadura, OTB o vasectomía) 6</p> <p>Otra 7</p> <p>ANOTE</p> | |

Continúe con la sección VIII ➔

VIII. Anticoncepción

| 8.1 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS | | 8.2 CONOCIMIENTO FUNCIONAL DE MÉTODOS | |
|--|--|--|--|
| <p>A continuación le voy a preguntar sobre los métodos o medios que una pareja puede usar para evitar o retrasar un embarazo:</p> <p>¿Quisiera usted decirme de qué métodos o medios ha oído hablar?</p> <p><i>CIRCULE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE</i></p> | | <p><i>PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, LEA Y PREGUNTE</i></p> <p>¿Ha oído hablar de (MÉTODO)?</p> <p><i>RESPUESTA SÍ, CIRCULE EL CÓDIGO 2, RESPUESTA NO, CIRCULE EL CÓDIGO 3</i></p> | |
| <p>A. Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.</p> | | <p>Me podría decir...</p> | |
| <p>B. Operación masculina o vasectomía.</p> | | | |
| <p>C. Pastillas anticonceptivas.</p> | | <p>C.1 ¿Cada cuándo deben tomarse las pastillas anticonceptivas?</p> <p>Una diaria 1 Otra 2 No sabe 8 } <i>ANOTE</i> No responde 9 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i></p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> | |
| <p>D. Inyecciones o ampolletas anticonceptivas.</p> | | <p>C.2 ¿Qué debe hacerse cuando se olvida tomar una pastilla anticonceptiva?</p> <p>Tomar dos al día siguiente 1 Otra 2 No sabe 8 No responde 9</p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> | |
| <p>E. Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant.</p> | | <p>D.1 ¿Cada cuándo deben aplicarse las inyecciones o ampolletas anticonceptivas?</p> <p>Una cada 1, 2 o 3 meses 1 Otra 2 No sabe 8 No responde 9</p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> | |
| <p>F. Parche anticonceptivo.</p> | | <p>E.1 ¿En qué parte del cuerpo se inserta el implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant?</p> <p>En el brazo 1 Otra 2 No sabe 8 No responde 9</p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> | |
| <p>G. DIU, dispositivo o aparato (de cobre).</p> | | <p>F.1 ¿En qué parte del cuerpo se coloca el parche anticonceptivo?</p> <p>En el brazo, nalga, espalda o abdomen 1 Otra 2 No sabe 8 } <i>ANOTE</i> No responde 9 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i></p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> | |
| <p>G.1 ¿En qué parte del cuerpo se coloca el DIU, dispositivo o aparato (de cobre)?</p> <p>En el útero o la matriz 1 Otra 2 No sabe 8 } <i>ANOTE</i> No responde 9 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i></p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> | | <p>F.2 ¿Cada cuándo debe sustituirse el parche anticonceptivo?</p> <p>Cada siete días 1 Otra 2 No sabe 8 No responde 9</p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> | |
| <p>G.2 ¿Quién debe colocar el DIU, dispositivo o aparato (de cobre)?</p> <p>Un profesional de la salud, médico o enfermera 1 Otra 2 No sabe 8 No responde 9</p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> | | | |
| <p><i>CONTINÚE CON LOS MÉTODOS H-N, EN LA SIGUIENTE PÁGINA</i></p> | | | |

| 8.1 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS | | 8.2 CONOCIMIENTO FUNCIONAL DE MÉTODOS | |
|--|-----------------------------|---|--|
| H. Condón o preservativo masculino. | SÍ (ESPONTÁNEAMENTE)1 | H.1 ¿Ha visto alguna vez un condón o preservativo masculino? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | Sí.....1 No.....2 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No responde.....9 |
| | SÍ (CON AYUDA)2 | H.2 ¿En dónde se coloca un condón o preservativo masculino? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | En el pene, en la parte íntima o miembro del hombre1 Otra2 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No sabe8 No responde.....9 |
| | No.....3 | H.3 ¿Cuántas veces se puede utilizar un mismo condón o preservativo masculino? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | Una sola vez1 Otra2 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No sabe8 No responde.....9 |
| I. Condón o preservativo femenino. | SÍ (ESPONTÁNEAMENTE)1 | I.1 ¿Ha visto alguna vez un condón o preservativo femenino? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | Sí.....1 No.....2 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No responde.....9 |
| | SÍ (CON AYUDA)2 | I.2 ¿En dónde se coloca un condón o preservativo femenino? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | Dentro de la vagina1 Otra2 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No sabe8 No responde.....9 |
| | No.....3 | I.3 ¿Cuántas veces se puede utilizar un mismo condón o preservativo femenino? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | Una sola vez1 Otra2 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No sabe8 No responde.....9 |
| J. Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas. | SÍ (ESPONTÁNEAMENTE)1 | J.1 ¿En qué momento deben aplicarse los óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | Antes de tener relaciones sexuales1 Otra2 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No sabe8 No responde.....9 |
| SÍ (CON AYUDA)2 | | | |
| No.....3 | | | |
| K. Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica. | SÍ (ESPONTÁNEAMENTE)1 | K.1 ¿Cuándo cree usted que sea más probable que una mujer se embarace si tiene relaciones sexuales? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | Dos semanas después de que empezó su regla1 Una semana antes de que empiece su regla2 Durante su regla3 En cualquier día es igual4 Otra5 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No sabe8 No responde.....9 |
| SÍ (CON AYUDA)2 | | | |
| No.....3 | | | |
| L. Retiro o coito interrumpido. | SÍ (ESPONTÁNEAMENTE)1 | L.1 ¿En qué consiste el método del retiro o coito interrumpido? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | Sacar el pene de la vagina de la mujer antes de que eyacule el hombre1 Otra2 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No sabe8 No responde.....9 |
| SÍ (CON AYUDA)2 | | | |
| No.....3 | | | |
| M. Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia. | SÍ (ESPONTÁNEAMENTE)1 | M.1 ¿En qué consiste la píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia? <i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i> | Tomar píldoras en los cinco días (120 horas) siguientes a una relación sexual para evitar un embarazo1 Otra2 } <i>PASE A SIGUIENTE MÉTODO</i> No sabe8 No responde.....9 |
| SÍ (CON AYUDA)2 | | | |
| No.....3 | | | |
| N. Otros métodos. ¿Ha oído hablar de alguna otra forma o método para evitar el embarazo? | SÍ (ESPONTÁNEAMENTE)1 | <i>SÍ, ANOTE LA RESPUESTA</i> | |
| No.....3 | | <i>ANOTE</i> | |

PARA CADA SÍ EN 8.1 (CÓDIGO 1 Ó 2) PREGUNTE 8.2

Continúe con la pregunta 8.3 ➔

MÉTODO ACTUAL

| 8.11 TIPO DE MÉTODO (ACTUAL) | 8.12 MOTIVO DE USO (ACTUAL) | 8.13 LUGAR DE OBTENCIÓN DE MÉTODO (ACTUAL) |
|--|--|---|
| <p>¿Qué está utilizando usted (o su pareja) para no tener hijas(os)?</p> <p>REGISTRE LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MÉTODOS QUE LE MENCIONEN. EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, REFÍERASE AL MÉTODO DE MENOR CÓDIGO</p> <p>Operación femenina, OTB o ligadura de trompas..... 01</p> <p>Operación masculina o vasectomía 02</p> <p>Pastillas anticonceptivas 03</p> <p>Inyecciones o ampollas anticonceptivas 04</p> <p>Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant..... 05</p> <p>Parche anticonceptivo 06</p> <p>DIU, dispositivo o aparato (de cobre)..... 07</p> <p>Condón o preservativo masculino 08</p> <p>Condón o preservativo femenino 09</p> <p>Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas ... 10</p> <p>Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica..... 11</p> <p>Retiro o coito interrumpido 12</p> <p>Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia 13</p> <p>Otro método _____ 14 <i>ANOTE</i></p> <p>No responde..... 99 } PASE A 8.18</p> | <p>OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA, PREGUNTE: } ¿Usted (o su pareja) se operó...</p> <p>DEMÁS MÉTODOS, PREGUNTE: } ¿Actualmente usa (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.11)...</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>para que no se embarace nunca más? 1</p> <p>para que no quede embarazada por algún tiempo?..... 2</p> <p>porque se lo indicó el (la) doctor(a) por motivos de salud?... 3 } PASE A 8.19</p> <p>¿Por otra razón? 4 }</p> | <p>SI 8.11 SOLO TIENE CÓDIGO 11, 12 Ó 14 } PASE A 8.17</p> <p>OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA, PREGUNTE: } ¿Dónde la (lo) operaron?</p> <p>MÉTODO DE MENOR CÓDIGO: DIU O IMPLANTE ANTICONCEPTIVO (SUBDÉRMICO), PREGUNTE: } ¿A dónde fue a que le pusieran (NOMBRE DEL MÉTODO)?</p> <p>DEMÁS MÉTODOS PREGUNTE: } ¿Dónde consiguió (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.11) cuando lo empezó a usar?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Seguro Social (IMSS, IMSS-PROSPERA/Oportunidades) 1</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 2</p> <p>Centro de salud u hospital de la SSA (Seguro Popular) 3</p> <p>Otros servicios públicos (DIF, Pemex, SEMAR, etc.)..... 4</p> <p>Consultorio, clínica u hospital privado 5</p> <p>Partera(o) 6</p> <p>Farmacia o tienda de autoservicio 7</p> <p>Otro lugar 8 } PASE A 8.17</p> <p>No responde..... 9 }</p> |
| 8.14 MÉTODO SOLICITADO (ACTUAL) | 8.15 RAZÓN DE NO OBTENCIÓN | |
| <p>¿El método que usted utiliza actualmente es el que fue a solicitar?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1 } PASE A 8.16</p> <p>No..... 2</p> <p>No había solicitado métodos 3</p> <p>Quería un método, pero no había elegido cuál 4</p> <p>No responde..... 9</p> | <p>¿Cuál es la razón principal por la que le recetaron (prescribieron) el método que utiliza actualmente?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>Situación delicada de salud o recomendación médica 1</p> <p>Se lo dieron o pusieron sin su consentimiento..... 2</p> <p>Se lo pidió su pareja..... 3</p> <p>No había el método solicitado..... 4</p> <p>Otra _____ 5 <i>ANOTE</i></p> <p>No responde..... 9</p> | |

Continúe con la pregunta 8.16 ➔

| 8.16 CALIDAD DEL SERVICIO (ACTUAL) | | 8.17 FECHA DE INICIO DE USO (ACTUAL) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---------|----|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|---|--|--|--|--|---|---|---|---|--|--|
| <p><i>OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA, PREGUNTE:</i> } Antes de que la (lo) operaran...</p> <p><i>DEMÁS MÉTODOS, PREGUNTE:</i> } Antes de que le proporcionaran o recetaran el uso de (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.11)...</p> <p><i>LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CODIGO PARA CADA OPCIÓN</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Le explicaron sobre los métodos que podía usar?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>¿Le explicaron sobre las molestias que podría tener?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>¿Le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>¿Le dedicaron el tiempo suficiente para darle toda la explicación que usted necesitaba?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>¿Le aclararon todas sus dudas respecto al método?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><i>SÓLO PARA OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA, PREGUNTE:</i></td> </tr> <tr> <td>¿Le informaron que ya no podría embarazarse?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table> | | | SÍ | NO | NO SABE | ¿Le explicaron sobre los métodos que podía usar?..... | 1 | 2 | 9 | ¿Le explicaron sobre las molestias que podría 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 explicación que usted necesitaba?..... | 1 | 2 | 9 | ¿Le aclararon todas sus dudas respecto al método?..... | 1 | 2 | 9 | <i>SÓLO PARA OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA, PREGUNTE:</i> | | | | ¿Le informaron que ya no podría embarazarse?..... | 1 | 2 | 9 | <p><i>MÉTODO DE MENOR CÓDIGO: PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE 8.11=13</i> } PASE A 8.18</p> <p><i>OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA, PREGUNTE:</i> } ¿En qué mes y año la (lo) operaron?</p> <p><i>DEMÁS MÉTODOS, PREGUNTE:</i> } ¿En qué mes y año comenzó a usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.11) sin interrupción, es decir, en forma continua?</p> <p><i>ANOTE MES Y AÑO NO RECUERDA EL MES ANOTE "99" NO RECUERDA EL AÑO ANOTE "9999"</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="margin-bottom: 5px;">MES</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="margin-bottom: 5px;">AÑO</div> </div> | |
| | SÍ | NO | NO SABE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Le explicaron sobre los métodos que podía usar?..... | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Le explicaron sobre las molestias que podría 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 explicación que usted necesitaba?..... | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Le aclararon todas sus dudas respecto al método?..... | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>SÓLO PARA OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA, PREGUNTE:</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Le informaron que ya no podría embarazarse?..... | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.18 ACUERDO CON LA PAREJA | 8.19 USO DE MÉTODO ANTERIOR | 8.20 NÚMERO DE HIJAS(OS) (ACTUAL) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>¿Su pareja está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos?</p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No tiene pareja..... 3</p> <p>No sabe..... 9</p> | <p>¿Antes de (MÉTODO ACTUAL), usted (o su pareja) utilizó algún método para evitar el embarazo?</p> <p><i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i></p> <p>Sí..... 1 } PASE A 8.23</p> <p>No..... 2</p> | <p>¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar (MÉTODO ACTUAL)?</p> <p><i>NINGUNO, ANOTE "00"</i></p> <p><i>NO RESPONDE, ANOTE "99"</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="margin-bottom: 5px;">ANOTE CON NÚMERO</div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RAZÓN DE NO USO


| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----|-------------------------|----|-----------------|--|---|----|---|----|---|----|--|----|-------------------------------------|----|-------------------------------|----|-------------------------|----|---|----|--|----|-----------------------------|----|---------------------|----|---|----|------------------------|----|---------------------------------------|----|-------------------------------|----|-----------|----|------------------|----|--|
| 8.21 RAZÓN DE NO USO (ACTUAL) | 8.22 FILTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no está utilizando algún método para evitar el embarazo?</p> <p><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Está embarazada.....</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>Quiere embarazarse.....</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>No lo necesita:</td><td></td></tr> <tr><td>• porque dejó de tener relaciones sexuales.....</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>• porque nunca ha tenido relaciones sexuales.....</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>• por estar en la menopausia o por esterilidad de ella o su pareja.....</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>• porque no tiene pareja, por ausencia temporal de su pareja o no tiene pareja estable....</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>Teme a los efectos secundarios.....</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>Tuvo efectos secundarios.....</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>Se opone su pareja.....</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td>Tiene una enfermedad y prefiere no usar algo.....</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>Está dando pecho a uno de sus hijos.....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>Por razones religiosas.....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>Expulsó el DIU.....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>No está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos.....</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>No conoce métodos.....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>No sabe cómo se usan los métodos.....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>No sabe dónde obtenerlos.....</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>Otra.....</td><td style="text-align: right;">20</td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td style="text-align: right;">99</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE</i></p> | Está embarazada..... | 01 | Quiere embarazarse..... | 02 | No lo necesita: | | • porque dejó de tener relaciones sexuales..... | 03 | • porque nunca ha tenido relaciones sexuales..... | 04 | • por estar en la menopausia o por esterilidad de ella o su pareja..... | 05 | • porque no tiene pareja, por ausencia temporal de su pareja o no tiene pareja estable.... | 06 | Teme a los efectos secundarios..... | 07 | Tuvo efectos secundarios..... | 08 | Se opone su pareja..... | 09 | Tiene una enfermedad y prefiere no usar algo..... | 10 | Está dando pecho a uno de sus hijos..... | 11 | Por razones religiosas..... | 12 | Expulsó el DIU..... | 13 | No está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos..... | 14 | No conoce métodos..... | 15 | No sabe cómo se usan los métodos..... | 16 | No sabe dónde obtenerlos..... | 17 | Otra..... | 20 | No responde..... | 99 | <p>VEA LAS PREGUNTAS 8.8 Y 8.10 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</p> <p>EXUSUARIA (8.8=2)..... 1</p> <p>NUNCA USUARIA (8.10=3)..... 2 } PASE A 8.38</p> |
| Está embarazada..... | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quiere embarazarse..... | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No lo necesita: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • porque dejó de tener relaciones sexuales..... | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • porque nunca ha tenido relaciones sexuales..... | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • por estar en la menopausia o por esterilidad de ella o su pareja..... | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • porque no tiene pareja, por ausencia temporal de su pareja o no tiene pareja estable.... | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teme a los efectos secundarios..... | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tuvo efectos secundarios..... | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se opone su pareja..... | 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiene una enfermedad y prefiere no usar algo..... | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Está dando pecho a uno de sus hijos..... | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por razones religiosas..... | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expulsó el DIU..... | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos..... | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No conoce métodos..... | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No sabe cómo se usan los métodos..... | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No sabe dónde obtenerlos..... | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otra..... | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No responde..... | 99 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Continúe con la pregunta 8.23 ➔

PENÚLTIMO O ÚLTIMO MÉTODO

| 8.23 TIPO DE MÉTODO (PENÚLTIMO O ÚLTIMO) | 8.24 LUGAR DE OBTENCIÓN (PENÚLTIMO O ÚLTIMO) | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----|-------|-----|--|---|-----|-------|-----|
| <p><i>USUARIA ACTUAL</i> (8.19=1) } ¿Qué hicieron usted o su pareja antes de (MÉTODO ACTUAL), para evitar el embarazo?</p> <p><i>EXUSUARIA</i> (8.22=1) } ¿Qué fue lo último que usted o su pareja hicieron para evitar el embarazo?</p> <p><small>REGISTRE LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MÉTODOS QUE LE MENCIONEN, Y EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS REFIERASE AL MÉTODO DE MENOR CÓDIGO</small></p> <p>Operación masculina o vasectomía 02</p> <p>Pastillas anticonceptivas 03</p> <p>Inyecciones o ampollitas anticonceptivas 04</p> <p>Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant..... 05</p> <p>Parche anticonceptivo..... 06</p> <p>DIU, dispositivo o aparato (de cobre)..... 07</p> <p>Condón o preservativo masculino 08</p> <p>Condón o preservativo femenino 09</p> <p>Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas 10</p> <p>Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica 11 } <small>PASE A 8.25</small></p> <p>Retiro o coito interrumpido 12 }</p> <p>Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia 13</p> <p>Otro método 14 } <small>PASE A 8.25</small> <small>ANOTE</small></p> <p>No responde..... 99 } <small>PASE A 8.29</small></p> | <p><i>OPERACIÓN MASCULINA, PREGUNTE:</i> } ¿Dónde lo operaron?</p> <p><i>MÉTODO DE MENOR CÓDIGO: DIU O IMPLANTE ANTICONCEPTIVO (SUBDÉRMICO), PREGUNTE:</i> } ¿A dónde fue a que le pusieran (NOMBRE DEL MÉTODO)?</p> <p><i>PARA LOS DEMÁS MÉTODOS, PREGUNTE:</i> } ¿Dónde consiguió (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.23) cuando lo empezó a usar?</p> <p align="center"><small>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</small></p> <p>Seguro Social (IMSS, IMSS-PROSPERA/Oportunidades)..... 1</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)..... 2</p> <p>Centro de salud u hospital de la SSA (Seguro Popular). 3</p> <p>Otros servicios públicos (DIF, Pemex, SEMAR, etc.)..... 4</p> <p>Consultorio, clínica u hospital privado..... 5</p> <p>Partera(o)..... 6</p> <p>Farmacia o tienda de autoservicio 7</p> <p>Otro lugar 8</p> <p>No responde..... 9</p> | | | | | | | | | | |
| 8.25 EFECTIVIDAD (PENÚLTIMO O ÚLTIMO) | 8.26 RAZÓN DE SUSPENSIÓN O ABANDONO (PENÚLTIMO O ÚLTIMO) | 8.27 FECHA DE INICIO (PENÚLTIMO O ÚLTIMO) | 8.28 FECHA DE TÉRMINO (PENÚLTIMO O ÚLTIMO) | | | | | | | | |
| <p>¿Se embarazó usted mientras usaba (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.23)?</p> <p><small>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</small></p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | <p>¿Cuál fue la principal razón por la que dejó de usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.23)?</p> <p align="center"><small>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</small></p> <p>Se embarazó..... 01</p> <p>Quería embarazarse 02</p> <p>No lo necesitaba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • porque dejó de tener relaciones sexuales..... 03 • por esterilidad de su pareja 05 • porque no tenía pareja, por ausencia temporal de su pareja o no tenía pareja estable..... 06 <p>Temor a efectos secundarios 07</p> <p>Tuvo efectos secundarios 08</p> <p>Se opuso su pareja 09</p> <p>Se enfermó y prefirió no usar algo 10</p> <p>Está dando pecho a uno de sus hijos 11</p> <p>Por razones religiosas..... 12</p> <p>Expulsó el DIU 13</p> <p>Prefirió otro método..... 18</p> <p>Desconfiaba de su efectividad 19</p> <p>Otra..... 20 <small>ANOTE</small></p> <p>No responde..... 99</p> | <p><small>MÉTODO DE MENOR CÓDIGO: PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE 8.23=13</small> } <small>PASE A 8.29</small></p> <p>¿En qué mes y año empezó a usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.23)?</p> <p align="center"><small>ANOTE MES Y AÑO</small></p> <p align="center"><small>NO RECUERDA EL MES ANOTE "99"</small></p> <p align="center"><small>NO RECUERDA EL AÑO ANOTE "9999"</small></p> <p align="center"> <table style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align:center;"> _ </td></tr> <tr><td align="center">MES</td></tr> </table> </p> <p align="center"> <table style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align:center;"> _ _ _ </td></tr> <tr><td align="center">AÑO</td></tr> </table> </p> | _ | MES | _ _ _ | AÑO | <p>¿Hasta qué mes y año utilizó este método sin interrupción, es decir, en forma continua?</p> <p align="center"><small>ANOTE MES Y AÑO</small></p> <p align="center"><small>NO RECUERDA EL MES ANOTE "99"</small></p> <p align="center"><small>NO RECUERDA EL AÑO ANOTE "9999"</small></p> <p align="center"> <table style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align:center;"> _ </td></tr> <tr><td align="center">MES</td></tr> </table> </p> <p align="center"> <table style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align:center;"> _ _ _ </td></tr> <tr><td align="center">AÑO</td></tr> </table> </p> | _ | MES | _ _ _ | AÑO |
| _ | | | | | | | | | | | |
| MES | | | | | | | | | | | |
| _ _ _ | | | | | | | | | | | |
| AÑO | | | | | | | | | | | |
| _ | | | | | | | | | | | |
| MES | | | | | | | | | | | |
| _ _ _ | | | | | | | | | | | |
| AÑO | | | | | | | | | | | |

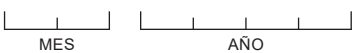
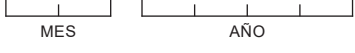

Continúe con la pregunta 8.29 ➔

| | |
|--|---|
| 8.29 CONDICIÓN DE USO ANTERIOR | 8.30 NÚMERO DE HIJAS(OS) (PENÚLTIMO O ÚLTIMO) |
| <p>¿Antes de (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.23), usted o su pareja utilizaron algún método para evitar el embarazo?</p> <p style="text-align: center;"><i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i></p> <p>Sí.....1 } <i>PASE A 8.31</i></p> <p>No.....2</p> | <p>¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.23)?</p> <p style="text-align: center;"><i>NINGUNO, ANOTE "00"</i></p> <p style="text-align: center;"><i>NO RESPONDE, ANOTE "99"</i></p> <p style="text-align: center;">  </p> <p style="text-align: center;">} <i>PASE A 8.38</i></p> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE CON NÚMERO</i></p> |

PRIMER MÉTODO

| | |
|---|---|
| 8.31 TIPO DE MÉTODO (PRIMERO) | 8.32 LUGAR DE OBTENCIÓN (PRIMERO) |
| <p>¿Qué fue lo primero que usted o su pareja hicieron para evitar el embarazo?</p> <p style="text-align: center;"><i>REGISTRE LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MÉTODOS QUE LE MENCIONEN, EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS REFIERASE AL MÉTODO DE MENOR CÓDIGO</i></p> <p>Operación masculina o vasectomía02</p> <p>Pastillas anticonceptivas03</p> <p>Inyecciones o ampollitas anticonceptivas04</p> <p>Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant.....05</p> <p>Parche anticonceptivo.....06</p> <p>DIU, dispositivo o aparato (de cobre).....07</p> <p>Condón o preservativo masculino.....08</p> <p>Condón o preservativo femenino09</p> <p>Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas10</p> <p>Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica11 } <i>PASE A 8.33</i></p> <p>Retiro o coito interrumpido12 } <i>PASE A 8.33</i></p> <p>Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia13 } <i>PASE A 8.33</i></p> <p>Otro método14 } <i>PASE A 8.33</i></p> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE</i></p> <p>No responde99 } <i>PASE A 8.38</i></p> | <p>¿En dónde lo operaron?</p> <p><i>OPERACIÓN MASCULINA, PREGUNTE:</i></p> <p>¿A dónde fue a que le pusieran (NOMBRE DEL MÉTODO)?</p> <p><i>MÉTODO DE MENOR CÓDIGO: DIU O IMPLANTE ANTICONCEPTIVO (SUBDÉRMICO), PREGUNTE:</i></p> <p>¿Dónde consiguió (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.31) cuando lo empezó a usar?</p> <p style="text-align: center;"><i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i></p> <p>Seguro Social (IMSS, IMSS-PROSPERA/Oportunidades) ... 1</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)... 2</p> <p>Centro de salud u hospital de la SSA (Seguro Popular) 3</p> <p>Otros servicios públicos (DIF, Pemex, SEMAR, etc.)..... 4</p> <p>Consultorio, clínica u hospital privado..... 5</p> <p>Partera(o)..... 6</p> <p>Farmacia o tienda de autoservicio 7</p> <p>Otro lugar 8</p> <p>No responde..... 9</p> |

| | | |
|--|---|--|
| 8.33 EFECTIVIDAD (PRIMERO) | 8.34 RAZÓN DE SUSPENSIÓN O ABANDONO (PRIMERO) | |
| <p>¿Se embarazó usted mientras usaba (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.31)?</p> <p style="text-align: center;"><i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i></p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> | <p>¿Cuál fue la principal razón por la que dejó de usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.31)?</p> <p style="text-align: center;"><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> <p>Se embarazó 01</p> <p>Quería embarazarse 02</p> <p>No lo necesitaba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • porque dejó de tener relaciones sexuales 03 • por esterilidad de su pareja 05 • porque no tenía pareja, por ausencia temporal de su pareja o no tenía pareja estable..... 06 <p>Temor a efectos secundarios 07</p> <p>Tuvo efectos secundarios 08</p> <p>Se opuso su pareja 09</p> <p>Se enfermó y prefirió no usar algo 10</p> <p>Está dando pecho a uno de sus hijos 11</p> <p>Por razones religiosas..... 12</p> <p>Expulsó el DIU 13</p> <p>Prefirió otro método..... 18</p> <p>Desconfiaba de su efectividad 19</p> <p>Otra razón 20</p> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE</i></p> <p>No responde..... 99</p> | |

| | | |
|---|--|---|
| 8.35 FECHA DE INICIO (PRIMERO) | 8.36 FECHA DE TÉRMINO (PRIMERO) | 8.37 NÚMERO DE HIJAS(OS) (PRIMERO) |
| <p>¿En qué mes y año empezó a usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.31)?</p> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE MES Y AÑO; NO RECUERDA EL MES ANOTE "99"; NO RECUERDA, EL AÑO ANOTE "9999"</i></p> <p style="text-align: center;">  </p> | <p>¿Hasta qué mes y año utilizó este método sin interrupción, es decir, en forma continua?</p> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE MES Y AÑO; NO RECUERDA EL MES ANOTE "99"; NO RECUERDA EL AÑO ANOTE "9999"</i></p> <p style="text-align: center;">  </p> | <p>¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.31)?</p> <p style="text-align: center;"><i>NINGUNO, ANOTE "00"</i></p> <p style="text-align: center;"><i>NO RESPONDE, ANOTE "99"</i></p> <p style="text-align: center;">  </p> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE CON NÚMERO</i></p> |

Continúe con la pregunta 8.38 ➔

SEXUALIDAD

| 8.38 EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL | 8.39 PROTECCIÓN UTILIZADA EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL | 8.40 RAZÓN DE NO USO EN LA PRIMERA RELACIÓN |
|---|---|---|
| <p>¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?</p> <p>ANOTE CON NÚMERO</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>No ha tenido relaciones..... 88 } PASE A 8.42</p> <p>No responde... 99</p> | <p>En su primera relación sexual, ¿qué fue lo que usted o su pareja hicieron o usaron para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?</p> <p>CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MÉTODOS QUE LE MENCIONEN</p> <p>No usaron nada..... 01</p> <p>Pastillas anticonceptivas 02</p> <p>Inyecciones o ampolletas anticonceptivas 03</p> <p>Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant..... 04</p> <p>Parche anticonceptivo 05</p> <p>DIU, dispositivo o aparato (de cobre)..... 06</p> <p>Condón o preservativo masculino 07</p> <p>Condón o preservativo femenino 08 } PASE A 8.41</p> <p>Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas 09</p> <p>Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica ... 10</p> <p>Retiro o coito interrumpido 11</p> <p>Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia 12</p> <p>Otro método 13</p> <p>No responde..... 99</p> | <p>¿Cuál fue la razón principal por la que usted o su pareja no hicieron o usaron algo para protegerse o evitar un embarazo?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>Quería embarazarse 1</p> <p>No conocía los métodos, no sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos 2</p> <p>Se opuso su pareja 3</p> <p>No creyó que podía quedar embarazada.... 4</p> <p>No estaba de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos..... 5</p> <p>No planeaba tener relaciones sexuales 6</p> <p>Le dio pena 7</p> <p>Otra razón..... 8 ANOTE</p> <p>No responde..... 9</p> |
| 8.41 ACTIVIDAD SEXUAL | 8.42 DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN | 8.43 TIEMPO DE LA ÚLTIMA REGLA |
| <p>¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>Días..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>o</p> <p>Semanas..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>o</p> <p>Meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>o</p> <p>Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No responde..... 99</p> | <p>En los últimos 12 meses, ¿usted ha escuchado o visto información de métodos anticonceptivos en...</p> <p>LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN</p> <p>la radio? 1 2</p> <p>la televisión? 1 2</p> <p>periódicos, revistas o Internet? 1 2</p> <p>carteles, folletos o trípticos? 1 2</p> <p>pláticas en centros de salud, hospitales o consultorios? 1 2</p> <p>en algún otro medio o lugar?</p> <p>¿Cuál?..... 1 2</p> <p>ANOTE</p> | <p>¿Hace cuánto tiempo tuvo usted su última regla (menstruación)?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA; SI ESTÁ REGLANDO, ANOTE "00" EN DÍAS</p> <p>Días..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> } PASE A LA SECCIÓN IX</p> <p>Semanas..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> } UN MES, PASE A SECCIÓN IX; OTRA RESPUESTA, PASE A 8.43A</p> <p>Meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nunca ha menstruado 88 } PASE A LA SECCIÓN IX</p> <p>No responde..... 99</p> <p>8.43A RAZÓN DEL TIEMPO DE LA ÚLTIMA REGLA</p> <p>¿Cuál es la razón por la que tiene ese tiempo sin reglar?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Le quitaron la matriz (histerectomizada)..... 1</p> <p>Menopausia..... 2</p> <p>Fue antes del último nacimiento 3</p> <p>Es irregular 4</p> <p>Está embarazada o lactando 5</p> <p>Otra causa 6</p> <p>ANOTE</p> |

Continúe con la sección IX ➔

IX. Salud materno infantil (último embarazo)

| 9.1 FILTRO | PARA MUJERES CON UNO O MÁS EMBARAZOS OCURRIDOS DE ENERO DE 2013 A LA FECHA DE LA ENTREVISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|----|----|--------------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------------------|---|---|---|---|---|--|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|--|---|---|--|---|---|---|---|---|
| <p>VEA 5.17 EN LA HISTORIA DE EMBARAZOS, CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE</p> <p>NINGÚN REGISTRO EN LA HISTORIA DE EMBARAZOS 1 } PASE A LA SECCIÓN X</p> <p>CON ALGÚN REGISTRO EN LA HISTORIA DE EMBARAZOS 2</p> <p>↓</p> <p>DEL ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO</p> <p>↓</p> <p>ANOTE EL NÚMERO DE RENGLÓN Y LA FECHA DE NACIMIENTO O PÉRDIDA (5.17B)</p> <p>_____ _____ _____ _____ </p> <p>NÚM. DE MES Y AÑO</p> <p>RENGLÓN (5.17A) } ANTES DE ENERO DE 2013 PASE A LA SECCIÓN X</p> | <p>9.2 FILTRO</p> <p>VEA LA HISTORIA DE EMBARAZOS, CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE</p> <p>ABORTO 1</p> <p>MORTINATO 2</p> <p>HIJA O HIJO SOBREVIVIENTE 3</p> <p>HIJA O HIJO FALLECIDO 4 } IDENTIFICACIÓN</p> <p>↓</p> <p>ANOTE EL NOMBRE (5.10 Ó 5.14)</p> <p>EDAD (5.13 Ó 5.16) _____</p> <p>DÍAS O MESES O AÑOS</p> | <p>9.3 ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL</p> <p>Tres meses antes de que se embarazara de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo alguna consulta (médica) para conocer su estado de salud?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> | <p>9.4 CONDICIONES PREEXISTENTES</p> <p>Antes de que se embarazara de (NOMBRE) (su última pérdida), personal de salud (médico, enfermera, nutriólogo, etcétera) le diagnosticó...</p> <p>LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>diabetes? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>problemas de la tiroides? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>problemas en los riñones? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>sobrepeso u obesidad? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VIH/SIDA? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Tomaba alcohol? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Fumaba? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Consumía drogas? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>¿Otra enfermedad? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>ANOTE</p> | | SÍ | NO | diabetes? 1 | 1 | 2 | presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? 1 | 1 | 2 | problemas de la tiroides? 1 | 1 | 2 | problemas en los riñones? 1 | 1 | 2 | sobrepeso u obesidad? 1 | 1 | 2 | VIH/SIDA? 1 | 1 | 2 | ¿Tomaba alcohol? 1 | 1 | 2 | ¿Fumaba? 1 | 1 | 2 | ¿Consumía drogas? 1 | 1 | 2 | ¿Otra enfermedad? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | |
| | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| diabetes? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| problemas de la tiroides? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| problemas en los riñones? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sobrepeso u obesidad? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIH/SIDA? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tomaba alcohol? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Fumaba? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Consumía drogas? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Otra enfermedad? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.5 TIEMPO DE REVISIÓN PRENATAL | 9.6 PERSONAL DE REVISIÓN PRENATAL | 9.7 NÚMERO DE REVISIONES PRENATALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>¿Cuánto tiempo tenía de embarazo cuando tuvo su primera consulta para revisión?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA NO RECUERDA, ANOTE "99" EN SEMANAS</p> <p>Semanas _____ </p> <p>o</p> <p>Meses _____ </p> <p>No la revisaron 88 } PASE A 9.10</p> | <p>Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿quién la revisó la mayoría de las veces?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Médico 1</p> <p>Enfermera(o) 2</p> <p>Auxiliar o promotor(a) de salud 3</p> <p>Partera o comadrona 4</p> <p>Otra persona 5</p> | <p>En el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuántas consultas recibió (le hicieron) durante...</p> <p>LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE LO DECLARADO PARA CADA OPCIÓN. SIN REVISIONES, ANOTE "00"</p> <p>el primer trimestre (de 1 a 3 meses)? _____ </p> <p>el segundo trimestre (de 4 a 6 meses)? _____ </p> <p>en el tercer trimestre (de 7 a 9 meses)? _____ </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.8 LUGAR DE ATENCIÓN PRENATAL | 9.9 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN PRENATAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿en qué lugar o institución de salud recibió la mayoría de las consultas?</p> <p>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>Seguro Social (IMSS) (IMSS-PROSPERA/ Oportunidades) 01</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) ... 02</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 03</p> <p>Centro de salud u hospital de la SSA (Seguro Popular) 04</p> <p>Otro servicio de salud público (DIF, INI, de los estados) 05</p> <p>Consultorio, clínica u hospital privado 06</p> <p>Consultorio de una farmacia 07</p> <p>Casa de la partera 08</p> <p>En su casa 09</p> <p>Otro lugar 10</p> <p>ANOTE</p> | <p>¿Durante las consultas de revisión del embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida)...</p> <p>LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>le tomaron la presión? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>la midieron? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>la pesaron? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le realizaron algún examen de sangre? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le realizaron algún examen de orina? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le realizaron algún ultrasonido? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le aplicaron la vacuna contra el tétanos? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le dieron ácido fólico, hierro o algún otro complemento vitamínico? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>escucharon y revisaron los movimientos? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le ofrecieron realizarle la prueba para saber si tenía VIH (SIDA)? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental (ansiedad, depresión)? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara su embarazo? ... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>le enseñaron o explicaron cómo dar al bebé leche materna? 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> | | | | SÍ | NO | le tomaron la presión? 1 | 1 | 2 | la midieron? 1 | 1 | 2 | la pesaron? 1 | 1 | 2 | le realizaron algún examen de sangre? 1 | 1 | 2 | le realizaron algún examen de orina? 1 | 1 | 2 | le realizaron algún ultrasonido? 1 | 1 | 2 | le aplicaron la vacuna contra el tétanos? 1 | 1 | 2 | le dieron ácido fólico, hierro o algún otro complemento vitamínico? 1 | 1 | 2 | escucharon y revisaron los movimientos? 1 | 1 | 2 | le ofrecieron realizarle la prueba para saber si tenía VIH (SIDA)? 1 | 1 | 2 | le ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental (ansiedad, depresión)? 1 | 1 | 2 | le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara su embarazo? ... 1 | 1 | 2 | le enseñaron o explicaron cómo dar al bebé leche materna? 1 | 1 | 2 |
| | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le tomaron la presión? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| la midieron? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| la pesaron? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le realizaron algún examen de sangre? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le realizaron algún examen de orina? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le realizaron algún ultrasonido? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le aplicaron la vacuna contra el tétanos? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le dieron ácido fólico, hierro o algún otro complemento vitamínico? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| escucharon y revisaron los movimientos? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le ofrecieron realizarle la prueba para saber si tenía VIH (SIDA)? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental (ansiedad, depresión)? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara su embarazo? ... 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| le enseñaron o explicaron cómo dar al bebé leche materna? 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 9.10 COMPLICACIONES PRENATALES | 9.11 PERSONAL DE ATENCIÓN EN EL PARTO (PÉRDIDA) | 9.12 COMPLICACIONES EN EL PARTO (PÉRDIDA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------------------|----------------------------------|----------|---|--|----------|--------------------------------------|--|----------|--|------------------------|----------|----------------------------------|--|----------|----------------------|---|----------|---|---------------------------------|----------|--|--|---|--|----------|----------|-------------------------------|----------|----------|--|----------|----------|---------------------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---------------------------------|----------|----------|---|---|--|--|----|----|--|----------|----------|---|----------|----------|--------------------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|----------|---------------------------------|----------|----------|
| <p>Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo...</p> <p><i>LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN</i></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>sangrado vaginal?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ataques o convulsiones?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>diabetes gestacional o azúcar en la sangre por el embarazo?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>infección urinaria?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>anemia?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>problemas con la placenta?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ruptura de la fuente antes de tiempo?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>poco o mucho líquido amniótico?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>parto prematuro?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿El bebé dejó de moverse?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿El bebé dejó de crecer?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿El bebé traía el cordón umbilical enredado?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>otra complicación?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE</i></p> | | SÍ | NO | sangrado vaginal? | 1 | 2 | presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? | 1 | 2 | ataques o convulsiones? | 1 | 2 | diabetes gestacional o azúcar en la sangre por el embarazo? | 1 | 2 | infección urinaria? | 1 | 2 | anemia? | 1 | 2 | problemas con la placenta? | 1 | 2 | ruptura de la fuente antes de tiempo? | 1 | 2 | poco o mucho líquido amniótico? | 1 | 2 | parto prematuro? | 1 | 2 | ¿El bebé dejó de moverse? | 1 | 2 | ¿El bebé dejó de crecer? | 1 | 2 | ¿El bebé traía el cordón umbilical enredado? | 1 | 2 | otra complicación? | 1 | 2 | <p>¿Quién la atendió (ayudó) en el momento del parto de (NOMBRE) (su última pérdida)?</p> <p style="text-align: center;"><i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i></p> <p>Médico..... 1</p> <p>Enfermera(o)..... 2</p> <p>Auxiliar o promotor(a) de salud..... 3</p> <p>Partera o comadrona..... 4</p> <p>Otra persona..... 5</p> <p>Nadie (ella sola) ... 6</p> | <p>Durante el parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo...</p> <p><i>LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN</i></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>sangrado abundante o grave?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ataques o convulsiones?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿El bebé venía en mala posición?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿El bebé traía el cordón umbilical enredado?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿El bebé tuvo problemas para nacer? ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿El bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar)? ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>otra complicación?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE</i></p> | | | SÍ | NO | sangrado abundante o grave? | 1 | 2 | presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? | 1 | 2 | ataques o convulsiones? | 1 | 2 | ¿El bebé venía en mala posición? | 1 | 2 | ¿El bebé traía el cordón umbilical enredado? | 1 | 2 | ¿El bebé tuvo problemas para nacer? ... | 1 | 2 | ¿El bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar)? ... | 1 | 2 | otra complicación? | 1 | 2 |
| | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sangrado vaginal? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ataques o convulsiones? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| diabetes gestacional o azúcar en la sangre por el embarazo? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| infección urinaria? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| anemia? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| problemas con la placenta? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ruptura de la fuente antes de tiempo? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| poco o mucho líquido amniótico? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| parto prematuro? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El bebé dejó de moverse? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El bebé dejó de crecer? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El bebé traía el cordón umbilical enredado? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| otra complicación? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sangrado abundante o grave? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ataques o convulsiones? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El bebé venía en mala posición? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El bebé traía el cordón umbilical enredado? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El bebé tuvo problemas para nacer? ... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar)? ... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| otra complicación? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.13 LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO (PÉRDIDA) | | 9.14 TIEMPO DE REVISIÓN POSPARTO | 9.15 NÚMERO DE REVISIONES POSPARTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>¿En qué lugar o institución de salud se atendió?</p> <p style="text-align: center;"><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA</i></p> <p>Seguro Social (IMSS) (IMSS-PROSPERA/Oportunidades)..... 01</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)..... 02</p> <p>Pemex, Defensa o Marina..... 03</p> <p>Centro de salud u hospital de la SSA (Seguro Popular)</p> <p>Otro servicio de salud público (DIF, INI, de los estados)</p> <p>Consultorio, clínica u hospital privado</p> <p>Consultorio de una farmacia</p> <p>Casa de la partera.....</p> <p>En su casa</p> <p>Otro lugar</p> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE</i></p> | | <p>Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuánto tiempo pasó para que a usted le revisaran?</p> <p style="text-align: center;"><i>REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA NO RECUERDA, ANOTE "99" EN DÍAS</i></p> <p>Días..... <input type="text"/></p> <p>o</p> <p>Semanas..... <input type="text"/></p> <p>o</p> <p>Meses..... <input type="text"/></p> <p>No la revisaron. 88 } <i>PASE A 9.16</i></p> | <p>En total, ¿cuántas consultas para revisión tuvo después del parto (durante la cuarentena)?</p> <p style="text-align: center;"><i>9 O MÁS REVISIONES ANOTE "9"</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE CON NÚMERO</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.16 COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO | | 9.17 REGRESO DE LA REGLA | 9.18 FILTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida) durante la cuarentena, ¿tuvo...</p> <p><i>LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN</i></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>sangrado abundante?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>flujo vaginal con mal olor?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>neumonía?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>infección en la herida (de la cesárea o episiotomía)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>depresión posparto (tristeza por más de una semana o que no le permitió cuidar a su bebé)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>otra complicación?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE</i></p> | | | SÍ | NO | sangrado abundante? | 1 | 2 | presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? | 1 | 2 | flujo vaginal con mal olor? | 1 | 2 | neumonía? | 1 | 2 | infección en la herida (de la cesárea o episiotomía)? | 1 | 2 | depresión posparto (tristeza por más de una semana o que no le permitió cuidar a su bebé)? | 1 | 2 | otra complicación? | 1 | 2 | <p>Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuánto tiempo pasó para que le regresara la regla?</p> <p style="text-align: center;"><i>MENOS DE DOS MESES, VERIFIQUE</i></p> <p>ABORTO..... 1 } <i>PASE A LA SECCIÓN X</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><i>ANOTE LOS MESES</i></p> <p style="text-align: center;"><i>NO LE HA REGRESADO, ANOTE "88"</i></p> | <p style="text-align: center;"><i>VEA PREGUNTA 9.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</i></p> <p>HIJA O HIJO SOBREVIVIENTE, HIJA O HIJO FALLECIDO, O MORTINATO..... 2</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sangrado abundante? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| flujo vaginal con mal olor? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| neumonía? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| infección en la herida (de la cesárea o episiotomía)? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| depresión posparto (tristeza por más de una semana o que no le permitió cuidar a su bebé)? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| otra complicación? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 9.19 TIPO DE PARTO | 9.20 MOMENTO DE LA CESÁREA | 9.21 MOTIVO DE LA CESÁREA | 9.22 FILTRO |
|--|--|---|--|
| ¿Este parto fue... CIRCULE UN SOLO CÓDIGO normal (vaginal)?1 } PASE A 9.22 cesárea programada?2 cesárea de emergencia?3 | ¿La cesárea, se decidió... LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO durante las consultas prenatales?1 antes de iniciar el trabajo de parto?2 durante el trabajo de parto?3 | ¿El motivo de la cesárea fue por... LEA LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA una complicación en su salud o en la del bebé (decisión médica)? 1 sugerencia del personal médico para programar el parto? 2 decisión del personal médico, pero sin conocer el motivo? 3 que usted no quería tener dolor? 4 que solicitó programar la fecha del parto? 5 otro motivo? 6 ANOTE | VEA PREGUNTA 9.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE MORTINATO ...1 } PASE A LA SECCIÓN X HIJA O HIJO SOBREVIVIENTE, O HIJA O HIJO FALLECIDO2 |
| 9.23 RECOMENDACIONES EN EL PUERPERIO Después del parto de (NOMBRE), ¿le... LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN Sí NO pusieron en su pecho al bebé en contacto directo con su piel?1 2 explicaron cómo darle al bebé leche materna o pecho?1 2 recomendaron algún método anticonceptivo? ¿Cuál? 1 2 ANOTE | 9.24 CONDICIÓN DE LACTANCIA MATERNA Ahora le voy a preguntar por (NOMBRE). ¿Le dio leche materna o pecho? CIRCULE UN SOLO CÓDIGO Sí1 } PASE A 9.26 No2 | 9.25 MOTIVO DE NO LACTANCIA MATERNA ¿Por qué no le dio leche materna o pecho a (NOMBRE)? REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA Murió a las horas de nacida(o) ..1 } PASE A 9.32 Estaba enferma2 } Por enfermedad de la (del) niña(o)3 } Nunca tuvo leche4 } PASE A 9.28 La (el) niña(o) la rechazó5 } El médico le recomendó dar fórmula6 } Otra razón7 } ANOTE | 9.26 INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA ¿Cuánto tiempo de nacida(o) tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar leche materna o pecho? ANOTE UNA SOLA RESPUESTA. MENOS DE UNA HORA, ANOTE "00" EN HORAS; NO RECUERDA, ANOTE "99" EN HORAS Horas o Días |
| 9.27 DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA ¿Durante cuánto tiempo le dio (ha dado) a (NOMBRE) leche materna o pecho? REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA MENOS DE UN DÍA, ANOTE "00" EN DÍAS; NO RECUERDA ANOTE "99" EN DÍAS Días o Meses o Años Aún toma pecho 88 | 9.28 ABLACTACIÓN ¿Cuántos días o meses tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar... LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN. MENOS DE UN DÍA, ANOTE "00" EN DÍAS; NO LE HA DADO ESE ALIMENTO, ANOTE "97" EN MESES DÍAS O MESES agua o té? fórmula, leche en polvo, de vaca, etc.? jugos o caldos? papillas o purés? atoles, cereales, tortillas o pan? huevo? | 9.29 EDAD A LA PRIMERA REVISIÓN DEL INFANTE ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo (la) llevó a consulta para revisión por primera vez? REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA. NO RECUERDA, ANOTE "99" EN DÍAS. NO CONSIDERE LAS REVISIONES POR ALGUNA ENFERMEDAD O PARA APLICAR VACUNAS Días o Semanas o Meses No la (lo) revisaron 88 } PASE A 9.32 | |
| 9.30 NÚMERO DE REVISIONES AL INFANTE Durante el primer año de vida, ¿cuántas consultas de revisión tuvo (ha tenido) (NOMBRE)? NO CONSIDERE LAS REVISIONES POR ALGUNA ENFERMEDAD O PARA APLICAR VACUNAS ANOTE CON NÚMERO | 9.31 PERSONAL DE ATENCIÓN AL INFANTE ¿Quién revisó a (NOMBRE) la mayoría de las veces? CIRCULE UN SOLO CÓDIGO Médico 1 Enfermera(o) 2 Auxiliar o promotor(a) de salud 3 Otra persona 4 | 9.32 DESEO DEL EMBARAZO (ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO) ¿En el momento que usted se embarazó de (NOMBRE)... LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO quería embarazarse?1 quería esperar más tiempo?2 no quería embarazarse?3 | |

Continúe con la sección X ➔

X. Nupcialidad

| 10.1 SITUACIÓN CONYUGAL | | 10.2 FECHA DE ÚLTIMA DISOLUCIÓN | 10.3 FECHA DE INICIO (UNIÓN ACTUAL O ÚLTIMA) | 10.4 FILTRO |
|--|--|---|--|--|
| ¿Actualmente usted... <i>LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> vive con su pareja en unión libre? 1 } PASE A 10.3 está separada... de una unión libre? 2 de un matrimonio? 3 está divorciada? 4 está viuda... de una unión libre? 5 de un matrimonio? 6 está casada? 7 } PASE A 10.3 está soltera? 8 } PASE A LA SIGUIENTE MUJER | | ¿En qué mes y año terminó su último(a) matrimonio (unión)? ANOTE EL MES Y EL AÑO _____ MES _____ AÑO | ¿En qué mes y año comenzó su matrimonio (unión)? ANOTE EL MES Y EL AÑO _____ MES _____ AÑO | VEA LA PREGUNTA 10.1 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE CASADA O ÚLTIMA DISOLUCIÓN DE UN MATRIMONIO (10.1=3, 4, 6 Ó 7) 1 UNIÓN LIBRE O ÚLTIMA DISOLUCIÓN DE UNA UNIÓN LIBRE (10.1=1, 2 Ó 5) 2 } PASE A 10.7 |
| 10.5 CONDICIÓN DE COHABITACIÓN PREMARITAL | 10.6 FECHA DE INICIO DE COHABITACIÓN PREMARITAL | 10.7 UNIONES ANTERIORES | 10.8 NÚMERO DE UNIONES ANTERIORES | 10.9 FECHA DE LA PRIMERA UNIÓN |
| ¿Antes de (MES Y AÑO DE 10.3) habían vivido juntos algún tiempo? <i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí 1 No 2 } PASE A 10.7 | ¿En qué mes y año empezaron a vivir juntos? ANOTE EL MES Y EL AÑO _____ MES _____ AÑO | ¿Antes de su unión actual (última unión), tuvo usted otra unión o matrimonio? <i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí 1 No 2 } PASE A LA SIGUIENTE MUJER | Sin contar su unión actual (última unión), ¿cuántas veces estuvo usted casada o unida? ANOTE CON NÚMERO _____ | ¿En qué mes y año comenzó su primera unión o matrimonio? ANOTE EL MES Y EL AÑO _____ MES _____ AÑO |
| 10.10 TIPO DE DISOLUCIÓN DE LA PRIMERA UNIÓN | 10.11 FECHA DE DISOLUCIÓN DE LA PRIMERA UNIÓN | 10.12 TIPO DE UNIÓN (PRIMERA) | 10.13 CONDICIÓN DE COHABITACIÓN DE LA PRIMERA UNIÓN | 10.14 FECHA DE INICIO DE COHABITACIÓN |
| ¿Este matrimonio o unión se terminó por... <i>LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> separación? 1 viudez? 2 divorcio? 3 | ¿En qué mes y año terminó este matrimonio o unión? ANOTE EL MES Y EL AÑO _____ MES _____ AÑO | ¿Esta fue... <i>LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> una unión libre? 1 } PASE A LA SIGUIENTE MUJER un matrimonio? ..2 | ¿Antes de casarse habían vivido juntos algún tiempo? <i>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí 1 No 2 } PASE A LA SIGUIENTE MUJER | ¿En qué mes y año comenzaron a vivir juntos? ANOTE EL MES Y EL AÑO _____ MES _____ AÑO |

Continúe con la siguiente mujer ➔

