



ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICION

CUESTIONARIO **2**Nº FOLIO _____
(Nº D
HOGAR)LOS DATOS QUE PROPORCIONA SON CONFIDENCIALES
Y SE USAN EXCLUSIVAMENTE PARA FINES ESTADISTICOS

I. IDENTIFICACION (TRANSCRIBA LOS DATOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA)

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| CUESTIONARIO DEL HOGAR FORMA - SES - 52 | | a) ENTIDAD | b) MUNICIPIO O DELEGACION |
| | | c) COLONIA O LOCALIDAD | |
| d) Nº DE AGEB | e) Nº DE AREA DE LISTADO | f) ESTRATO | g) Nº DE AREA DE CONTE |
| h) Nº DE MANZANA | i) Nº DE VIVIENDA | j) FECHA DE LA ENTREVISTA | |
| | | | DIA MES AÑO |

DOMICILIO _____
(CALLE Nº EXTERIOR Nº INTERIOR O DESCRIPCION)

NOMBRE DEL ENTREVISTADO _____

II. PERSONAL

PARA SER LLENADO FUERA DEL DOMICILIO

| IDENTIFICACION DEL PERSONAL | | CLAVE |
|-----------------------------|-------|-------|
| NOMBRE DEL ENTREVISTADOR | _____ | ____ |
| SUPERVISOR | _____ | ____ |
| REVISOR | _____ | ____ |
| CODIFICADOR | _____ | ____ |
| CAPTURISTA | _____ | ____ |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| ERMO EMA- EN-): BRI- | 33. ¿A _____ LO LLEVA A REVISION O CONTROL MEDICO SIN ESTAR -- ENFERMO ? | 34. ¿RECIBE PARA _____ ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO QUE COM- PLEMENTE SU ALIMENTACION TALES COMO | 35. ¿DESDE HACE CUANTO TIEM- PO SE LO DAN ? (ANOTE EL Nº DE MESES) | 36. ¿DONDE SE LO DAN ? |
| | SI 1 NO 2 N. S. 9 | HIERRO? 1 VITAMINAS? 2 HIERRO Y VITAMINAS? .. 3 OTRO 4 NO RECIBE 5 (PASE A 37) | MENOS DE UN MES. .00 N. S. 99 | SSA 1 DIF 2 ISSSTE 3 IMSS 4 IMSS-COPLAMAR 5 INNSZ 6 OTRO 7 N. S. 9 |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

MESES DE EDAD

| | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|---|
| 43. ¿EN QUE MES Y AÑO NACIO SU ULTIMA HIJA O HIJO ? (ANOTE MES Y AÑO) | 44. ¿NACIO ... VIVO? 1 MUERTO? 2 FUE ABORTO? .. 3 | SOLO SI EL ULTI- MO HIJO NACIO VI- VO Y EN LOS UL- TIMOS 3 AÑOS | 46. ¿ACTUALMENTE ESTA EMBARAZADA ? | 47. ¿CUAL FUE LA FECHA DE SU ULTIMA REGLA, ESDECI EL PRIMER DIA DE SU UL- TIMA MENSTRUACION? (ANOTE DIA, MES Y AÑO) |
| | | 45. ¿ACTUALMENTE ESTA DANDO PECHO ? SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 | |
| MES AÑO | | | | DIA MES AÑO |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

PERSONAS DE 12 AÑOS O MAS EDAD

ULTIMOS

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>9. ¿PORQUE CAUSA NO TRABAJO _____ ?</p> <p>BUSCA TRABAJO . . . 01 } (PASE A LA SE DEDICA AL HOGAR 02 } SIG. PERSONA) ESTUDIA 03 } PENSIONADO, - JUBILADO 04 } RENTISTA 05 } (PASE A 12) INCAPACIDAD - PERMANENTE . . . 06 } OTROS INACTIVOS . 07 } CAPACIDAD - TEMPORAL 08 } VACACIONES 09 } PROBLEMAS PRO- PIOS DEL LUGAR DE TRABAJO . . . 10 } CONTINUE OTROS NO DES- EMPLEADOS . . . 11 }</p> <p>N.S. 99 (PASE A LA SIG. PERSONA)</p> | <p>10. ¿A QUE SE DEDICA O QUE SE HACE EN EL LUGAR DONDE TRABAJO _____ EN LOS <u>ULTIMOS</u> <u>30 DIAS</u> ?</p> <p>ESPECIFIQUE Y ANOTE EL CODIGO AL FINALIZAR LA ENTREVISTA (CONSULTE LA TARJETA DE RAMA - DE ACTIVIDAD)</p> <p>N.S. 99</p> | <p>11. ¿QUE ES LO QUE HACE _____ EN SU TRABAJO ?</p> <p>ESPECIFIQUE Y ANOTE EL CO DIGO AL FINALIZAR LA EN- TREVISTA (CONSULTE LA - TARJETA DE OCUPACION)</p> <p>N.S. 99</p> | <p>12. ¿EN LOS <u>ULTIMOS 30 DIAS</u> RECIBIO SU PAGO EN FORMA CONTINUA, ES DECIR, SEMANAL, QUI- CENAL O MENSUALME- TE ?</p> <p>SI 1 NO 2 N.S. 9</p> |
|---|--|---|--|

| ESPECIFIQUE | CODIGO | ESPECIFIQUE | CODIGO | | Nº DE PERSONA |
|-------------|--------|-------------|--------|------|---------------|
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 01 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 02 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 03 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 04 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 05 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 06 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 07 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 08 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 09 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 10 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 11 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 12 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 13 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 14 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 15 |
| _____ | ____ | _____ | ____ | ____ | 16 |

IV. CARACTERISTICAS DE SALUD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (SI NO HAY PASE A

| 13. ANOTE EN ORDEN EL Nº DE PERSONA DE TODOS LOS NIÑOS DE HASTA 4 AÑOS DE EDAD. SI NO - HAY PASE A 37. | 14. ¿ CUANDO NACIO? (ANOTE DIA MES Y AÑO) | | | SOLO PARA MENORES | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|---|---|--|
| | DIA | MES | AÑO | 15. ¿ TUVO PROBLEMAS AL NACER O EN LAS DOS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA? (PUEDE ANOTAR HASTA DOS OPCIONES) SI → ¿CUAL (ES)? | | 16. ¿A LE ESTAN DANDO O LE DIERON PECHO? SI → ¿CUANTOS MESES? (ANOTE EL NUMERO DE MESES) |
| | | | | ¿NACIO ANTES DE TIEMPO? . . . 1 ¿NACIO CON BAJO PESO? . . . 2 ¿SE PUSO MORADO? 3 ¿SE PUSO AMARILLO? 4 ¿SE LASTIMO EN EL PARTO? . . 5 ¿TUVO UNA INFECCION? 6 OTRO 7 NO . . . (NACIO SANO). 8 N. S. 9 | MENOS DE UN MES 00 ACTUAL MENTE 77 NO SABE CUANTOS MESES . . . 88 NO LE DIO 98 N. S. 99 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 20. ¿HA ESTADO ENFERMO DE DIARREA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS? | 21. ¿TODAVIA TIENE DIARREA? | 22. ¿CUANTOS DIAS ESTUVO ENFERMO? | 23. ¿DURANTE LA DIARREA TUVO... | |
|---|---|-----------------------------------|--|--------------------------|
| | | | (ANOTE EL Nº DE LOS SINTOMAS) | |
| SI 1 NO 2 N. S. 9 } (PASE A 31) | SI 1 (PASE A 23) NO 2 N. S. 9 (PASE A 23) | (ANOTE EL Nº DE DIAS) | VOMITO? 01 FIEBRE O CALENTURA? 02 BAJO DE PESO? 03 DESGANO? 04 MUCHA SED? 05 OJOS HUNDIDOS? 06 HUNDIMIENTO DE MOLLERA? . . 07 SANGRE EN EXCREMENTO? . . 08 OTRO 09 NINGUNO 10 N. S. 99 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TRANSCRIBA EL Nº DE PERS. DE LOS NIÑOS

PASE A PREG. 37)

DE UN AÑO

19. ¿QUE LUGAR OCUPA _____
DE TODOS LOS PARTOS QUE HA
TENIDO SU MAMA?

(ANOTE EL NUMERO DE ORDEN)

17. ¿A QUE EDAD LE COMENZO A DAR
A _____ OTRA LECHE DIFERENTE?

(ANOTE EL NUMERO DE MESES)

MENOS DE UN MES 00
NO HA COMENZADO 88
N.S. 99

18. ¿A LOS CUANTOS MESES COMENZO A
COMER ALIMENTOS (SOLIDOS) DIFEREN-
TES A LA LECHE?

(ANOTE EL NUMERO DE MESES)

MENOS DE UN MES 00
NO HA COMENZADO 88
N.S. 99

24. ¿LE RETIRO ALGUN -
ALIMENTO DURANTE
LA DIARREA?

SI 1
NO 2
N.S. 9

25. ¿SOLICITO AYUDA DE --
ALGUNA PERSONA PA
RA QUE _____ SE
CURARA DE DIARREA?

SI 1
NO 2
N.S. 9

26. ¿LLEVO A _____
A ALGUNA CLINICA,
HOSPITAL O SANA-
TORIO PARA QUE
LE CURARAN LA -
DIARREA?

SI 1
NO 2
N.S. 9

27. ¿USO ALGUNA MEDICINA O REMEDIO
CASERO PARA CURAR LA DIARREA
DE _____ ?

SI → ¿CUAL (ES) ?
(PUEDE ANOTAR HASTA 3 OPCIONES)

- TE, AGUA DE ARROZ, ATOLE . . . 1
- ANTIBIOTICOS (AMPICILINA) 2
- ANTIDIARREICOS (KAOPECTATE) . . . 3
- ANTIDIARREICOS CON
ANTIBIOTICO (KAOMICIN) 4
- ASPIRINA, MEJORAL, TEMPRA . . . 5
- PURGANTES (ACEITE DE RICINO) . . . 6
- OTRO 7

NO 8) PASI
N.S. 9) A 2:

1º MED 2º MED 3º MED

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|--|
| 28. ¿QUIEN SE LO RECOMENDO? | 29. ¿CONOCE LOS SOBRES DE SUERO ORAL? | 30. ¿LE DIO A _____ DURANTE LA DIARREA SOBRES DE SUERO ORAL? | 31. ¿HA ESTADO _____ ENFERMO EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS DE CATARRO, GRIPE, BRONQUITIS AGUDA O ALGUNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA? | 32. ¿HA ESTADO _____ ENFERMO EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS DE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD AGUDA COMO: RONCHAS, DENGUE, LOMBRI-CES, ETC.? |
| ELLA MISMA 01 | | | | |
| FAMILIA O VECINO 02 | | | | |
| CURANDERO 03 | | | | |
| BOTICARIO 04 | | | | |
| PARTERA 05 | | | | |
| PROMOTOR DE SALUD 06 | | | | |
| ENFERMERA 07 | SI 1 | SI 1 | SI 1 | SI 1 |
| MEDICO 08 | | | | |
| OTRO 09 | NO 2 (PASE A 31) | NO 2 | NO 2 | NO 2 |
| N.S. 99 | | N.S. 9 | N. S. 9 | N. S. 9 |
| TRANSCRIBA EL Nº DE PERS. DE LOS NIÑOS | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. CARACTERISTICAS DE SALUD DE LAS MUJERES DE 12 A 49 AÑOS II MES

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|-------------------------------|--|--|---|-----|
| 37. ANOTE EN ORDEN EL Nº DE PERSONA DE TODAS LAS MUJERES DE 12 A 49 AÑOS II MES DE EDAD SI NO HAY PASE A 59. | SOLO PARA MUJERES DE 12 A 16 AÑOS | 38. ¿YA TUVO _____ SU PRIMERA REGLA O MENSTRUACION? | 39. ¿HA TENIDO HIJAS O HIJOS? | 40. ¿DE LAS HIJAS E HIJOS QUE HA TENIDO CUANTOS ESTABAN VIVOS AL NACER AUNQUE DESPUES HAYAN MUERTO? (ANOTE EL Nº TOTAL DE HIJOS) | 41. ¿DE LAS HIJAS E HIJOS QUE NACIERON VIVOS CUANTOS VIVEN ACTUALMENTE INCLUYENDO A LOS QUE NO HABITAN EN ESTE HOGAR? (ANOTE EL Nº TOTAL DE HIJOS VIVOS) | 42. ENTONCES, DE SUS HIJOS E HIJAS QUE NACIERON VIVOS ¿CUANTOS MURIERON? (ANOTE EL Nº TOTAL DE HIJOS MUERTOS) | 43. |
| | | SI 1 | SI 1 | NINGUNO 00 | NINGUNO 00 | NINGUNO 00 | |
| | | NO 2 (PASE A 46) | NO 2 (PASE A 46) | N.S. 99 | N.S. 99 | N.S. 99 | |
| | | SI 1 | | | | | |
| | | NO 2 | | | | | |
| | | N.S. 9 (PASE A 46) | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

[VERIFIQUE QUE LA SUMA DE LAS PREGUNTAS 41 Y 42 SEA IGUAL A LA 40]

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|
| ¿ESTA (ESTUVO) _____ ENFERMO AHORA O DESDE HACE MAS DE UN MES.... | | | | 52. ¿CUANTO TIEMPO TARDA EN LLEGAR _____ AL SERVICIO MEDICO MAS CERCANO DONDE SE A-- TIENDE ? | 53. ¿EN EL ULTIMO AÑO HA ACU- DIDO A CONSULTA _____ ? SI → ¿CUANTAS VECES ? |
| 48. DE DIABETES O AZUCAR EN LA -- SANGRE? | 49. DE HIPER- TENSION O PRESION ALTA ? | 50. DE ALGUNA ENFERMEDAD DEL CORA- ZON ? | 51. DE ALGUNA OTRA EN- FERMEDAD? | MENOS DE 30 MIN. 1 DE 31 A 59 MIN. 2 DE 1 A 2 HRS. 3 DE 3 A 5 HRS. 4 DE 6 A 12 HRS. 5 DE 13 A 23 HRS. 6 DE 1 A 2 DIAS. 7 DE 3 ó MAS DIAS ... 8 N. S. 9 | 1 VEZ 1 2 VECES 2 3 VECES 3 4 VECES 4 5 VECES 5 6 VECES 6 7 Y MAS VECES . . 7 NO 8 } (PASE A 55) N. S. 9 |
| SI 1 NO 2 N. S. 9 | SI 1 NO 2 N. S. 9 | SI 1 NO 2 N. S. 9 | SI 1 NO 2 N. S. 9 | | |
| TRANSCRI- BA EL Nº DE PERS. DE LAS MUJERES | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA

| | | | |
|--|---|---|--|
| 59. ¿RECIBEN EN ESTE HOGAR - ALIMENTOS A BAJO COSTO O GRATIS INCLUYENDO - VALES, BONOS O DESPENSAS? | 60. ¿QUE ALIMENTOS LES DAN... (PUEDE ANOTAR MAS DE UNA OPCION) | 61. ¿DESDE HACE CUANTO TIEMPO? (EL MAS ANTIGUO) | 62. ¿QUE INSTITUCION SE LOS DA ? (PUEDE ANOTAR HASTA DOS OPCIONES) |
| SI 1 NO 2 } (PASE A CUESTIONARIO DE DIETA) N. S. 9 | LECHE LICONSA? . . 01 <input type="checkbox"/> OTRAS LECHES? . . . 02 <input type="checkbox"/> TORTIBONOS? 03 <input type="checkbox"/> QUESO ? 04 <input type="checkbox"/> ACEITE MANTEQUILLA? 05 <input type="checkbox"/> POLLO/PESCADO? . . 06 <input type="checkbox"/> MAIZ? 07 <input type="checkbox"/> FRIJOL ? 08 <input type="checkbox"/> TRIGO? 09 <input type="checkbox"/> OTRO 10 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (MESES) | SSA 01 DIF. 02 CONASUPO 03 LICONSA 04 ISSSTE 05 IMSS 06 IMSS- COPLAMAR . . 07 INNSZ 08 SARH 09 INI 10 EL TRABAJO 11 PRIVADA 12 OTRA 13 |

| | | | | | |
|-------------|---|--|--|--|---|
| ACU- ? ? | 54. ¿ A QUE LUGAR ACUDIO ... (PUEDE ANOTAR HASTA 3 OPCIONES) | 55. ¿ VA A REVISION O CON- TROL MEDICO SIN ESTAR ENFERMA? | 56. ¿ RECIBE ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO QUE COM- PLEMENTE SU ALIMENTACION TALES COMO..... | 57. ¿DESDE HACE CUANTO - TIEMPO SE LO DAN? | 58. ¿ DONDE SE LO DAN? |
| | CLIN. U HOSP. SSA?..... 1 CLIN. U HOSP. IMSS? ... 2 CLIN. U HOSP. ISSSTE?... 3 CENTRO DE SALUD SSA? . . 4 ENCARGADA DE COMUN? . . 5 CLIN. IMSS-COPLAMAR? . . 6 CONS. CLIN. U HOSP. PRIV? . . 7 OTRO 8 N. S. 9 | SI 1 NO 2 N. S. 9 | HIERRO? 1 VITAMINAS? 2 HIERRO Y VITAMINAS? . . . 3 OTRO 4 NO RECIBE 5 N. S. 9 } (PASE A 59) | (ANOTE EL Nº DE MESES) MENOS DE UN MES ... 00 | SSA ISSSTE IMSS IMSS-COPLAMAR INHSZ OTRO |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| OS ONES) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 | 63. ¿ CADA CUANDO SE LOS DAN ? | 64. ¿ PAGAN UNA CUOTA - DE RECUPERACION? | 65. ¿ TIENE QUE REALIZAR - ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR UN - SERVICIO A CAMBIO DE ELLOS ? | 66. ¿ LES DAN PLATICAS ACERCA DEL CUIDADO Y FORMA DE PREPA- RAR LOS ALIMENTOS? |
| | CADA SEMANA 1 CADA DOS SEMANAS . . . 2 CADA MES 3 CADA QUE HAY 4 OTRO 5 N. S. 9 | SI 1 NO 2 N. S. 9 | SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |

CONTINUE CON EL CUESTIONARIO DE DIETA

14

VII. ANTROPOMETRIA

PARA NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS II MESES DE EDAD Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS II MESES DE EDAD

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| <p>67. P E S O</p> <p>SIN MEDICION <u>(9 9 9 9 9 0)</u></p> | <p>68. T A L L A</p> <p>SIN MEDICION <u>(9 9 9 9)</u></p> | <p>O B S E R V A C I O N E S</p> |
|--|--|----------------------------------|

| Nº DE PERSONA | KILOS | GRAMOS | CENTIMETROS | MM |
|---------------|--------|--------|-------------|----|
| 01 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 02 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 03 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 04 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 05 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 06 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 07 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 08 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 09 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 10 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 11 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 12 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 13 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 14 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 15 | _____0 | _____0 | _____ | |
| 16 | _____0 | _____0 | _____ | |

VIII HEMOGLOBINA

PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS 11 MESES DE EDAD

AD

3

| 69. SE TOMO MUESTRA | 70. C L A V E | 71. RESULTADO | O B S E R V A C I O N E S |
|---------------------|---------------|---------------|---------------------------|
| SI . . . 1 | | | |
| NO . . . 2 | | | |

| Nº DE PERSONA | | F O L I O | Nº DE PERSONA | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IX RESULTADO DE LA ENTREVISTA DE HOGAR

| CUESTIONARIO | R E S U L T A D O | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|---|--|--|----------|-----------|----------|--------------------|
| | ENTREVISTA COMPLETA | ENTREVISTA IN-COMPLETA (ANOTAR OBSERVACIONES) | SE NEGÓ A INFORMAR (INFORME AL SUPERVISOR) | NO HABIA NADIE O NO ESTABA EL INFORM. ADECUADO | SIN NIÑO | SIN MUJER | REGRESAR | OTRO (ESPECIFICAR) |
| HOGAR (CAPS. I A VI) | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: _____

| ANTROPOMETRIA (CAP. VII) | Nº DE PERSONA | T O M A D E P E S O | | T O M A D E T A L L O | |
|--------------------------|--|---------------------|----|-----------------------|----|
| | | SI | NO | SI | NO |
| NIÑO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| MUJER | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| SIN NIÑO | <input type="checkbox"/> | | | | |
| SIN MUJER | <input type="checkbox"/> | | | | |

OBSERVACIONES: _____

| HEMOGLOBINA (CAP. VIII) | Nº DE PERSONA | T O M A D E M U E S T R O | |
|-------------------------|--|---------------------------|----|
| | | SI | NO |
| MUJER | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| SIN MUJER | <input type="checkbox"/> | | |

NO OLVIDE LLENAR EL RESULTADO DE VIVIENDA

OBSERVACIONES: _____