



## II. DATOS GENERALES

PARA TODAS LAS PERSONAS					
	LISTA DE PERSONAS	SEXO		EDAD	SUJETO DE ESTUDIO
2.1	2.2	2.3		2.4	
N O M B R E  D E R E G I S T R O	Ahora le voy a preguntar algunas características del grupo de personas que forman este hogar.  Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que viven normalmente aquí, empezando por el jefe o la jefa del hogar; no olvide a los niños chiquitos y a los ancianos.	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?		¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	SOLO ANOTE  M = MUJER (12 - 49 AÑOS)  E = ESCOLAR (5 A MENOR DE 12 AÑOS)  P = PRE-ESCOLAR (MENORES DE 5 AÑOS)  Y NUMERE A CADA UNO CONSECUTIVAMENTE  (EJEMPLO: M1, M2, P1, P2, E1, E2)
	CIRCULE EN 2.1 EL NÚMERO DE REGISTRO DEL INFORMANTE			MENORES DE 1 AÑO 00  99 AÑOS  OMÁS ____ 99  NO SABE 99	
	↓	→		→	↓
	NOMBRE	HOMBRE	MUJER	AÑOS	CÓDIGO
01		1	2	____	
02		1	2	____	
03		1	2	____	
04		1	2	____	
05		1	2	____	
06		1	2	____	
07		1	2	____	
08		1	2	____	
09		1	2	____	
10		1	2	____	
11		1	2	____	
12		1	2	____	

SI EN EL HOGAR HAY MÁS DE 12 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y CONTINÚE CON LA LISTA.

CÓDIGO PARA VITAMINAS Y COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS

01	A-D Vitex	46	Ferrotemp
02	A-Vicon	47	Ferval Ferroso
03	A-vitex	48	Ferxal
04	Acon	49	Filibón
05	Adekon C	50	Fortacil
06	Adekon C gotas	51	Geritol
07	Aderogyl 15	52	Gevral Proteina
08	Aderogyl C	53	Hematopoyéticos
09	Adevitan G	54	Hidroplex
10	Advera	55	Iberet 500
11	Arovit	56	Iberol 500 liquido
12	Autrin 600	57	Incremin con Hierro
13	Bedoyecta	58	Manibee-C
14	Benadón	59	Manibee-complejo
15	Benerva	60	Materna
16	Benexol-B12	61	Megadosis de Vitamina A
17	Byladoce 5,000	62	Mivinros
18	C-1000-C	63	Neurobión 1000 HYPACK
19	Cal-C-Vita	64	One a Day
20	Cal-rutina	65	One a Day plus Iron
21	Calanda	66	Optimin
22	Cal-C-tose	67	Orafer
23	Calcium-Sandoz 500 MG	68	Ossopan
24	Calcival	69	Osteomin
25	Calsan	70	Pharmaton
26	Caltrate 600	71	Poly-vi-sol
27	Ce-vo-xol	72	Prenatal
28	Centrum	73	Prenatex
29	Cevalin	74	Redoxon Forte
30	Deca-vi-sol	75	Rocaltrol
31	Dexabión	76	Segretil
32	Diba	77	Stresstabs 600
33	Dical	78	Stresstabs 600 con Hiero
34	Dolo-Neurobión Forte	79	Stresstabs 600 con Zinc
35	Driken	80	Teragran y minerales
36	Duradoce	81	Tiaminal B12 50,000
37	E-Recordati	82	Tri-vi-sol
38	Emulsión de Scott	83	Triviken
39	Ferinsol	84	Unicap
40	Ferranina	85	Vi-syneral
41	Ferranina Fol	86	Vitamina B-12 DIBA
42	Ferranina GTS	87	Vitaton
43	Ferranina I.M.	88	Vivonex
44	Ferro fólico 500	89	X-2
45	Ferro-4	90	Otra (anotar en el cuestionario cual es en el espacio correspondiente)

Buenos días (tardes) mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo para la Secretaría de Salud.  
Quisiera hacerle algunas preguntas sobre las personas que normalmente viven en esta vivienda.  
Los datos que usted nos proporcione son confidenciales y se usan exclusivamente con fines estadísticos.

### I. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

#### 1.1 NÚMERO DE PERSONAS EN LA VIVIENDA

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

TOTAL DE PERSONAS ..... | | |

#### 1.2 GASTO COMÚN

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

SÍ ..... 1 →

PASE A  
2.2

NO ..... 2

#### 1.3 NÚMERO DE HOGARES

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

NÚMERO DE HOGARES ..... | |

CUANDO EN LA VIVIENDA EXISTA MÁS DE UN HOGAR O GRUPO DE PERSONAS, APLIQUE UN CUESTIONARIO PARA CADA HOGAR





PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS				PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS				
MADRE		ORDEN	CUIDADOS	ALFABETISMO			NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
2.7		2.8	2.9	2.10			2.11	
¿Quién es la madre de (NOMBRE)?		¿Qué lugar ocupa (NOMBRE) entre todos los hijos(a) que tuvo su mamá, (hayan vivido o no)?	¿Quién está al pendiente de (NOMBRE) en la comida del medio día?	¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?			¿Cuál es el último año o grado que (NOMBRE) pasó (aprobó) en la escuela?	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA MADRE</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA PERSONA O EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</div>				NIVEL: NINGUNO ..... 0 0 KINDER ..... 1 PRIMARIA ..... 2 SECUNDARIA ..... 3 PREPARATORIA O BACHILLERATO ..... 4 NORMAL BÁSICA ..... 5 PROFESIONAL ..... 6 POSGRADO ..... 7 NO SABE ..... 9 9	
PERSONA FUERA DEL HOGAR ..... 77			ESCUELA O GUARDERÍA ..... 66  PERSONA FUERA DEL HOGAR ..... 77  NADIE ..... 99					
↓		↓	↓	→			→	
CÓDIGO		ORDEN	CÓDIGO	SÍ	NO	NO SABE	GRADO	NIVEL
01				1	2	9		
02				1	2	9		
03				1	2	9		
04				1	2	9		
05				1	2	9		
06				1	2	9		
07				1	2	9		
08				1	2	9		
09				1	2	9		
10				1	2	9		
11				1	2	9		
12				1	2	9		

**PARA PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS**

ESTADO CIVIL	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
2.12	2.13
¿Actualmente (NOMBRE):	¿La semana pasada (NOMBRE)...
LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA FIRMATIVA	LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA
vive en unión libre? ... 1	trabajó ? ..... 1
es viudo(a)? ..... 2	tenía trabajo pero
está separado(a)? ... 3	no trabajó? ..... 3
está divorciado(a)? ... 4	buscó trabajo? ..... 4
está casado(a)? ..... 5	es estudiante? ..... 5
está soltero(a)? ..... 8	se dedica a los
	quehaceres de su hogar? ... 6
	es jubilado(a) o
	pensionado(a)? ..... 7
	está incapacitado(a)
	permanentemente
	para trabajar? ..... 8
	no trabaja? ..... 2
↓	→
ESTADO CIVIL	CÓDIGO
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]

PASE A  
2.15

PASE A  
3.10



PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS

				VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	OCUPACIÓN U OFICIO	SITUACIÓN EN EL TRABAJO
2.1	N Ú M E R O	2.14		2.15		2.16
		<p>Además de (CONDICIÓN 2.13). ¿la semana pasada (NOMBRE)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                     LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                 </div> <p>vendió algunos productos (ropa, cosméticos, alimentos, etc.)? ..... 1</p> <p>ayudó a trabajar en un negocio familiar? ..... 3</p> <p>hizo algún producto para vender (alimentos, artesanías, ropa)? ..... 4</p> <p>a cambio de un pago lavó, planchó o cosió? ..... 5</p> <p>ayudó a trabajar en las actividades agrícolas o en la cría de animales? ..... 6</p> <p>a cambio de un pago realizó otro tipo de trabajo (actividad)? ..... 7</p> <p>NO TRABAJA ..... 2</p> <p>NO SABE ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                     PASE A 3.10                 </div>		<p>¿Cuáles son las tareas o funciones que hace (NOMBRE) en su trabajo?</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">ANOTE TEXTUALMENTE</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                     LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                 </div> <p>¿(NOMBRE) en su trabajo de la semana pasada fue...</p> <p>empleado(a) u obrero? ..... 1</p> <p>jornalero(a) o peón? ..... 2</p> <p>patrón(a) o empresario(a) (contrata trabajadores)? ..... 3</p> <p>trabajador(a) por su cuenta (no contrata trabajadores)? .. 4</p> <p>trabajador(a) sin pago en el negocio o predio familiar? ..... 5</p>
		→	→	→		
		CÓDIGO	TAREAS O FUNCIONES	SITUACIÓN		
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						



III. MORBILIDAD

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS																	
FECHA DE NACIMIENTO			DIARREA														
3.1			3.2														
¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?			En las últimas dos semanas (NOMBRE) ¿Ha tenido diarrea?														
FECHA DE LA ENTREVISTA																	
<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">DÍA</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MES</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">AÑO</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">DÍA</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MES</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">AÑO</td> </tr> </table>									DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO												
			SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9														
			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                         PASE A 3.6                     </div>														
→			→														
DÍA	MES	AÑO	SI	NO	NO SABE												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												
_	_	_	1	2	9												

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS

SÍNTOMAS		CONTINUACIÓN			DURACIÓN	RESPIRATORIA Y OTRAS	SÍNTOMAS
2.1	3.3	3.4			3.5	3.6	3.7
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	¿Durante la diarrea, (NOMBRE) tuvo:	¿Todavía tiene (NOMBRE) diarrea?			En las últimas dos semanas (NOMBRE) ¿Cuántos días ha tenido diarrea?	En las últimas dos semanas (NOMBRE) ¿Ha tenido...	Por esta(s) enfermedad(es) (3.6) (NOMBRE) ha tenido...
	vómito? ..... 01					catarro, gripa o anginas? ..... 1	fiebre o
	fiebre o calentura? ..... 02					bronquitis o neumonía? ..... 3	calentura? ..... 1
	bajó de peso? ..... 03					dengue, ronchas	bajó de peso? .... 2
	falta de apetito? ..... 04					o lombrices? ..... 4	falta de apetito? .. 3
	desgano? ..... 05					otra? ..... 7	desgano? ..... 4
	mucho sed? ..... 06					NINGUNA ..... 2	otra cosa? ..... 5
	sangre en excremento? ..... 07				ANOTE	NO SABE ..... 9	NINGUNA ..... 6
	moco en excremento? ..... 08				NÚMERO DE		NO SABE ..... 9
	NINGUNA ..... 11				DÍAS		
	NO SABE ..... 99				NO SABE . 99		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ADEMÁS SI ES MENOR DE 1 AÑO</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">PUEDE REGISTRAR HASTA 3 OPCIONES</div>						<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">PUEDE REGISTRAR HASTA 2 OPCIONES</div>

CÓDIGOS	CONTINUACIÓN			DÍAS	CÓDIGOS	CÓDIGOS
	SI	NO	NO SABE			
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						





PARA PERSONAS DE 5 A 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

		CRÓNICAS	INICIO DE ENFERMEDAD	SÍNTOMAS	ACCIDENTE	
2.1		3.10	3.11	3.12	3.13	
N U M E R O D E F E R E N C I A S R E G I S T R A D O	¿Padece (NOMBRE) alguna enfermedad como...	¿Cuándo comenzó a estar enfermo(a) (NOMBRE) de la(s) enfermedad(es)?	Por la enfermedad o las enfermedades de (NOMBRE)...	En los últimos 3 meses ¿Ha sufrido (NOMBRE) algún accidente, lesión o intervención quirúrgica?		
	asma? ..... 01	MENOS DE 1 MES ..... 1	bajó de peso? ..... 1	↓		
	convulsiones (ataques)? ..... 02	DE 1 MES A 6 MESES ..... 2	perdió el hambre? ..... 3			
	diabetes? ..... 03	DE 6 MESES A 1 AÑO ..... 3	sintió desgano? ..... 4			
	hipertensión (presión alta)? ..... 04	MÁS DE 1 AÑO ..... 4	otra cosa? ..... 7			
	gastritis, úlcera gástrica? ..... 05	NO SABE ..... 9	NINGUNA ..... 2			
	enfermedad del corazón? ..... 06		NO SABE ..... 9			
	enfermedad del riñón? ..... 07					
	leucemia o algún otro tipo de cáncer? ..... 08					
	NINGUNA DE LAS ANTERIORES ..... 22					
	NO SABE ..... 99					
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PUEDE REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 3.13</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PUEDE REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES</div>	
→		→		→		↓
CÓDIGOS		CÓDIGO	CÓDIGOS	SI	NO	NOSABE
01	_____	_____	_____	1	2	9
02	_____	_____	_____	1	2	9
03	_____	_____	_____	1	2	9
04	_____	_____	_____	1	2	9
05	_____	_____	_____	1	2	9
06	_____	_____	_____	1	2	9
07	_____	_____	_____	1	2	9
08	_____	_____	_____	1	2	9
09	_____	_____	_____	1	2	9
10	_____	_____	_____	1	2	9
11	_____	_____	_____	1	2	9
12	_____	_____	_____	1	2	9



2.1 N U M E R O D E R E G I S T R O	PARA PERSONAS MENORES DE 5 AÑOS			PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS							
	PESO AL NACER			PESO		ROPA	LONGITUD/TALLA		RESULTADO DE LA MEDICIÓN		
	4.3	4.4		4.5		4.6	4.7		4.8		
	¿Pesaron a (NOMBRE) al nacer?			¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?		MENORES DE 5 AÑOS PESAR DESNUDOS O SOLO ROPA INTERIOR	LIGERA..... 1	LONGITUD: MENORES DE 24 MESES		SIN PROBLEMA ..... 1	
	NO SABE ..... 9.999			NO SE PESÓ ..... 222.22		GRUESA .... 2	TALLA: 24 MESES O MÁS		PROBLEMA FÍSICO ..... 2		
	SÍ ..... 1			REGISTRE EL PESO EN KILOS Y TRES DECIMALES		SIN ROPA ..... 3	NO SE MIDió ..... 222.2		NO COOPERÓ .. 3		
	NO ..... 2								SE NEGÓ ..... 4		
	NO SABE ..... 9								NO SE ENCONTRÓ ..... 5		
	PASE A 4.5										
	→			→		→	→		→		
	SÍ	NO	NO SABE	KILOS	GRAMOS	KILOS	GRAMOS	CÓDIGO	CENTÍMETROS	mm	CÓDIGO
01	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
02	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
03	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
04	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
05	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
06	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
07	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
08	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
09	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
10	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
11	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _
12	1	2	9	_ _ .  _ _ _ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _ _	_ _	_ _ _ _ .  _ _	_ _	_ _



**PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS**

RESIDENCIA	LENGUA INDÍGENA		CIRCUNFERENCIA CINTURA	
4.9	4.10		4.11	
¿Cuánto tiempo lleva viviendo (NOMBRE) en esta (LOCALIDAD)?	¿(NOMBRE) habla lengua indígena?		Pregunte: POR CADA MUJER:	
			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ANOTE EL CÓDIGO</div>	
MENOS DE 1 AÑO ..... 97			¿Está embarazada? ..... 1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 4.13</div>	
SIEMPRE ..... 98			¿Está dando pecho? ..... 2	
NO SABE ..... 99			¿Está embarazada y dando pecho? ..... 3 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 4.13</div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ANOTE EL NÚMERO EN AÑOS</div>			NINGUNA DE LAS ANTERIORES ..... 4	
↓	↓		→	
AÑOS	SI	NO	CÓDIGO	CENTÍMETROS mm
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _
_ _	1	2	_	_ _ _ _ .  _

PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS				PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS				
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	CIRCUNFERENCIA CADERA	EMBARAZOS	NACIMIENTOS	VITAMINAS Y COMPLEMENTO ALIMENTICIO				
	4.12	4.13	4.14	4.15			4.16	
	EXCEPTO EMBARAZADAS	Pregunte: A CADA MUJER ¿Cuántos embarazos ha tenido (logrados o no)?  NINGUNO ... 00 ↓ PASE A 4.15	Pregunte: A CADA MUJER En total ¿Cuántas(os) hijas e hijos que nacieron vivos ha tenido (aunque hayan fallecido)?  NINGUNO ... 00	En los últimos 5 meses (NOMBRE) ¿ha tomado vitaminas, o algún complemento alimenticio?  Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9 } → PASE A 4.20			¿Cuál?  SI LA TIENE A LA MANO PIDA QUE SE LA MUESTRE  CODIFIQUE CON LA TABLA ANEXA  REGISTRE HASTA 2	
	→	>	→	→	→	→	→	→
	CENTÍMETROS mm	EMBARAZOS	NACIMIENTOS	SÍ	NO	NOSABE	1ª VIT	2ª VIT
01	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
02	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
03	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
04	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
05	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
06	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
07	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
08	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
09	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
10	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
11	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
12	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

FRECUENCIA DE CONSUMO

4.17		4.18	
En los últimos 6 meses ¿cuánto tiempo tomó vitaminas (NOMBRE)?		¿Cada cuándo la toma o tomaba la vitamina (NOMBRE)?	
MENOS DE 1 MES ..... 1		DIARIO ..... 1	
DE 1 A 2 MESES ..... 2		3 A 6 VECES POR SEMANA ..... 2	
DE 3 A 4 MESES ..... 3		1 A 2 VECES POR SEMANA ..... 3	
MÁS DE 4 MESES ..... 4		MENOS DE 1 VEZ POR SEMANA ..... 4	
		DOSIS ÚNICA ..... 5	
<b>REGISTRE HASTA 2</b>		<b>REGISTRE HASTA 2</b>	

→		→	
1° VIT	2° VIT	1° VIT	2° VIT



PRUEBAS DE LABORATORIO

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

2.1  N Ú M E R O  D E R E G I S T R O	FRECUENCIA DE CONSUMO	HEMOGLOBINA
	4.19	4.20
¿Actualmente (NOMBRE) está aplicando o tomando vitaminas o algún complemento alimenticio?		SE TOMÓ MUESTRA DE SANGRE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     SI LA TIENE A LA MANO PIDA QUE SE LA MUESTRE                 </div>		
CODIFIQUE CON LA TABLA ANEXA		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     REGISTRE HASTA 2                 </div>		

	1ª VIT	2ª VIT	SI	NO	g/dL
01			1	2	.
02			1	2	.
03			1	2	.
04			1	2	.
05			1	2	.
06			1	2	.
07			1	2	.
08			1	2	.
09			1	2	.
10			1	2	.
11			1	2	.
12			1	2	.

## V. PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA

Ahora le voy a preguntar si usted o alguna persona de este hogar recibe desayunos, leche u otros alimentos

PARA COMPLETAR EL SIGUIENTE CUADRO HAGA LA PREGUNTA 5.1 CON CADA UNO DE LOS ALIMENTOS, EN AQUELLOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA CONTINÚE CON LAS PREGUNTAS 5.2, 5.3 Y 5.4.

ALIMENTO			PROGRAMA O INSTITUCIÓN		ANTIGÜEDAD PROGRAMA	FRECUENCIA
5.1			5.2		5.3	5.4
¿Actualmente alguna persona de este hogar recibe...			¿Qué programa o institución le da (ALIMENTO)?		¿Desde hace cuánto tiempo recibe (ALIMENTO)?	¿Cada cuándo le dan (ALIMENTO)?
SI ..... 1 NO ..... 2 → <b>PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO</b>			DF ..... 01 LICONSA ..... 02 COPUCI ..... 03 FIDELIST ..... 04 SEP ..... 06 PROGRAMA DE ALBERGUESINI ..... 06 PROGRESA ..... 07 PROGRAMA ESTATAL ..... 08 ONG'S ..... 09 NIÑOS EN SOLIDARIDAD ..... 10 SSA ..... 11 NO SABE ..... 99 <b>REGISTRE HASTA DOS OPCIONES</b>		MENOS DE 1 MES ..... 1 DE 1 A 3 MESES ..... 2 DE 4 A 6 MESES ..... 3 MÁS DE 6 MESES ..... 4 NO SABE ..... 9	DIARIO ..... 1 DE 1 A 6 VECES POR SEMANA ..... 2 DE 1 A 3 VECES POR MES ..... 3 1 VEZ CADA DOS MESES ..... 4 1 VEZ CADA TRES MESES ..... 5 MENOS DE 1 VEZ CADA 3 MESES ..... 6 NO SABE ..... 9
SI TODAS LAS RESPUESTAS SON NO PASE A 5.5 ↓			→		→	→
ALIMENTOS	SI	NO	CÓDIGO		CÓDIGO	CÓDIGO
leche?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
tortillas?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
harina de maiz?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
harina de trigo?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
arroz?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
frijol?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
aceite?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sopa de pasta?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
azúcar?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sal?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
desayuno escolar frio?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
desayuno escolar caliente?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
papilla PROGRESA?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bebida PROGRESA?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sardinas?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
galletas?	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
otro? _____ (ESPECIFIQUE)	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  

<b>5.5 PLÁTICAS DE ALIMENTACIÓN</b> ¿Les dan actualmente a usted o a alguien de su familia pláticas sobre alimentación y nutrición?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9	<b>REGISTRE HASTA DOS OPCIONES UTILICE LOS CÓDIGOS DE LA PREGUNTA 5.2</b>
¿Qué institución o programa se los da? _____	↓	_____

## VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

6.1 PISOS

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

TIERRA ..... 1  
 CEMENTO FIRME ..... 2  
 MOSAICO, MADERA U OTROS  
 RECUBRIMIENTOS ..... 3  
 NO SABE ..... 9

6.2 PAREDES

¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de esta vivienda?

LÁMINA DE CARTÓN ..... 1  
 CARRIZO, PALMA O BAMBÚ ..... 2  
 EMBARRO O BAJAREQUE ..... 3  
 MADERA ..... 4  
 LÁMINA DE ASBESTO O METÁLICA ..... 5  
 ADOBE ..... 6  
 TABIQUE, TABICÓN, BLOCK, PIEDRA,  
 MAMPOSTERÍA O CEMENTO ..... 8  
 OTROS MATERIALES ..... 7  
 NO SABE ..... 9

6.3 TECHOS

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

LÁMINA DE CARTÓN ..... 1  
 PALMA, TEJAMANIL O MADERA ..... 2  
 LÁMINA DE ASBESTO O METÁLICA ..... 3  
 TEJA ..... 4  
 LOSA DE CONCRETO, BÓVEDA DE LADRILLO O  
 TERRADO, ENLADRILLADO CON VIGAS ..... 5  
 OTROS MATERIALES ..... 6  
 NO SABE ..... 9

6.4 COCINA

¿Hay en esta vivienda un cuarto para cocinar?

SI ..... 1  
 NO ..... 2 →

PASE A  
6.6

6.5 COCINA EXCLUSIVA

¿Este cuarto se usa para dormir?

SI ..... 1  
 NO ..... 2

6.6 NÚMERO DE CUARTOS

En total ¿Cuántos cuartos tiene esta vivienda sin contar pasillos, baño y cocina?

NÚMERO DE CUARTOS ..... \_\_\_\_\_



6.7 CUARTOS PARA DORMIR

¿Cuántos cuartos usan para dormir?

NÚMERO DE CUARTOS ..... [ ] [ ] [ ]

6.8 DISPONIBILIDAD DE AGUA

¿Los ocupantes de esta vivienda disponen de ...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- agua entubada dentro de la cocina o baño? ..... 1
- agua entubada fuera de la vivienda pero dentro del terreno? ..... 2
- agua entubada de llave pública o hidrante? ..... 3
- agua de pozo o noria? ..... 4
- agua de manantial, río o lago? ..... 5
- agua de pipa? ..... 6
- otra fuente? .....  
(ESPECIFIQUE)

6.9 SERVICIO SANITARIO

¿Los ocupantes de esta vivienda usan ...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- excusado o sanitario? ..... 1
- letina o retrete? ..... 2
- fosa? ..... 3
- hoyo negro o pozo ciego? ..... 4
- ¿No usan servicio sanitario? (hacen en el suelo, corral, establo, playa, etcétera)? ..... 5 →

PASEA 0.11

6.10 DRENAJE

En esta vivienda los excrementos ¿van a dar a una tubería con desagüe...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- a una barranca o grieta? ..... 1
- a un río, lago (o mar)? ..... 2
- a una fosa séptica? ..... 3
- a una red pública? ..... 4
- ¿No tiene tubería para el desagüe? ..... 5

6.11 BIENES EN LA VIVIENDA

¿Este hogar tiene..

LEA LAS OPCIONES Y  
CODIFIQUE EN CADA UNA

	SI	NO
radio o grabadora?.....	1	2
televisión? .....	1	2
videocasetera? .....	1	2
teléfono? .....	1	2
computadora?.....	1	2
refrigerador? .....	1	2
lavadora?.....	1	2
estufa? .....	1	2
calentador? .....	1	2
moto, automóvil o camioneta? .....	1	2

## VII. PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

### PARA PERSONAS MENORES DE 2 AÑOS

PREGUNTAS	Niño _____		Niño _____	
	NÚMERO DE REGISTRO [ ][ ]		NÚMERO DE REGISTRO [ ][ ]	
1 ¿Le dió pecho alguna vez a (NOMBRE)?	SÍ ..... 1	NO ..... 2 → PASE A 4	SÍ ..... 1	NO ..... 2 → PASE A 4
2 ¿Aún le da pecho a (NOMBRE)?	SÍ ..... 1 → PASE A 4	NO ..... 2	SÍ ..... 1 → PASE A 4	NO ..... 2
3 ¿Cuántos meses amamantó a (NOMBRE)?	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
<p>SIMÁS DE 1 MES. ANOTE MESES CUMPLIDOS. SI MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS QUE AMAMANTÓ.</p> <p>(AYUDE A RECORDAR A LA MADRE)</p>				
	DÍAS O MESES		DÍAS O MESES	

A	B				C		D	
ALIMENTOS	¿En cualquier momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) alguno de los siguientes alimentos?				De _____ <small>LEA LOS ALIMENTOS DE LA COLUMNA A.</small> ¿cuál fue el primero que tomó (NOMBRE) regularmente?		(ALIMENTO) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo regularmente?	
	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO [ ][ ]		Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO [ ][ ]		Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO [ ][ ]	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO [ ][ ]	NO HA INICIADO DE MANERA REGULAR ..... 88	
	SÍ	NO	SÍ	NO			INICIÓ PERO NO SE ACUERDA CUANDO ..... 99	
4 AGUA SIMPLE	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]			[ ][ ]	[ ][ ]
	1	2	1	2			DÍAS	DÍAS
							[ ][ ]	[ ][ ]
							MESES	MESES
5 OTRA LECHE DISTINTA AL PECHO	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
1. Fórmula infantil	1	2	1	2	No. del alimento	No. del alimento	DÍAS	DÍAS
2. Leche en polvo o diluida.							[ ][ ]	[ ][ ]
3. Leche fresca entera							MESES	MESES
6 LÍQUIDOS	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
1. Agua endulzada	1	2	1	2	No. del alimento	No. del alimento	DÍAS	DÍAS
2. Té (simple o endulzado)							[ ][ ]	[ ][ ]
3. Café (simple o endulzado)							[ ][ ]	[ ][ ]
4. Refresco							MESES	MESES
5. Caldo de frijol (sólo el caldo)							[ ][ ]	[ ][ ]
6. Caldito de pollo o res (sólo el caldo)							MESES	MESES
7. Agua miel (sin fermentar)							[ ][ ]	[ ][ ]
7 OTROS LÍQUIDOS SOLOS O ENDULZADOS	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
1. Atole con agua o con leche	1	2	1	2	No. del alimento	No. del alimento	DÍAS	DÍAS
2. Otro cereal con agua o con leche							[ ][ ]	[ ][ ]
3. Café con leche							MESES	MESES
4. Jugos de frutas							[ ][ ]	[ ][ ]



A	B				C		D	
<b>ALIMENTOS</b>  8 CEREALES Y LEGUMINOSAS (ENTEROS O EN PURÉ)  1. Sopa de pasta      5. Avena 2. Arroz                6. Frijoles 3. Tortillas            7. Lentejas 4. Pan                    8. Habas  9 FRUTAS Y VERDURAS (ENTEROS O EN PURÉ)  1. Frutas 2. Verduras (Incluye envasados tipo Gerber)  10 CARNES Y LÁCTEOS (ENTEROS O EN PURÉ)  1. Carne de pollo, res o cerdo (incluye jamón o salchichas) 2. Pescado (fresco o en lata) 3. Queso 4. Huevo (entero, la yema o la clara) (Incluye envasados tipo Gerber)	¿En cualquier momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) alguno de los siguientes alimentos?  ↓  Niño _____ ↓ NÚMERO DE REGISTRO				De _____ <small>LEA LOS INCISOS DE LA COLUMNA A.</small> ¿cuál fue el primero que tomó (comió) (NOMBRE) regularmente?  NINGUNO _____ 0  →		(ALIMENTO) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo (comerlo) regularmente?  NO HA INICIADO DE MANERA REGULAR ..... 88  INICIÓ PERO NO SE ACUERDA CUANDO ..... 99	
	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO		
1. Sopa de pasta 2. Arroz 3. Tortillas 4. Pan	SI NO 1 2	SI NO 1 2		[ ] No. del alimento	[ ] No. del alimento	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	
1. Frutas 2. Verduras (Incluye envasados tipo Gerber)	SI NO 1 2	SI NO 1 2		[ ] No. del alimento	[ ] No. del alimento	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	
1. Carne de pollo, res o cerdo (incluye jamón o salchichas) 2. Pescado (fresco o en lata) 3. Queso 4. Huevo (entero, la yema o la clara) (Incluye envasados tipo Gerber)	SI NO 1 2	SI NO 1 2		[ ] No. del alimento	[ ] No. del alimento	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	





	GRAMOS O MILITROS (OFICINA)					PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO = 1 COCIDO = 2 PREP = 3	MÉTODO	CONSUMO DE _____													
									**TC	SERVIDO (MEDIDAS CASERAS)	NO COMIDO (MEDIDAS CASERAS)	CONVERSIÓN A GRAMOS O MILITROS CONSUMIDOS	ml o g		GRAMOS O MILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)					FACTOR DE CONVERSIÓN		
													ml = 1 g = 2		14	15	16	17	18	19	20	21
6	7	8	9	10	11	12	13					14	15	16	17	18	19	20	21			
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						

\* MÉTODO 1 = Crudo  
2 = Cocido o hervido  
3 = Frito

4 = Asado o al horno  
5 = No sabe

\*\* TC

1 = Desayuno  
2 = Almuerzo  
3 = Comida

4 = Cena  
5 = Entre comida





	GRAMOS O MILILITROS (OFICINA)					PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO = 1 COCIDO = 2 PREP = 3	MÉTODO	CONSUMO DE _____													
									**TC	SERVIDO (MEDIDAS CASERAS)	NO COMIDO (MEDIDAS CASERAS)	CONVERSIÓN A GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS	ml o g		GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)					FACTOR DE CONVERSIÓN		
													ml = 1 g = 2		14	15	16	17	18	19	20	21
6	7	8	9	10	11	12	13					14	15	16	17	18	19	20	21			
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						

\* MÉTODO 1 = Crudo 4 = Asado o al horno \*\* TC 1 = Desayuno 4 = Cena  
2 = Cocido o hervido 9 = No sabe 2 = Almuerzo 5 = Entre comida  
3 = Frito 3 = Comida







	GRAMOS O MILITROS (OFICINA)					PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO = 1 COCIDO = 2 PREP = 3	MÉTODO	CONSUMO DE _____										
									**TC	SERVIDO (MEDIDAS CASERAS)	NO COMIDO (MEDIDAS CASERAS)	CONVERSIÓN A GRAMOS O MILITROS CONSUMIDOS	ml o g ml = 1 g = 2	GRAMOS O MILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)					FACTOR DE CONVERSIÓN
	6	7	8	9	10	11	12	13				14	15	16	17	18	19	20	21
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			

\* MÉTODO 1 = Crudo 4 = Asado o al horno \*\* TC 1 = Desayuno 4 = Cena  
2 = Cocido o hervido 5 = No sabe 2 = Almuerzo 5 = Entre comida  
3 = Frito 3 = Comida





	GRAMOS O MILILITROS (OFICINA)				PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO = 1 COCIDO = 2 PREP = 3	MÉTODO	CONSUMO DE _____																
								**TC	SERVIDO (MEDIDAS CASERAS)	NO COMIDO (MEDIDAS CASERAS)	CONVERSIÓN A GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS	ml o g		GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)					FACTOR DE CONVERSIÓN					
												ml = 1 g = 2		14	15	16	17	18	19	20	21			
6	7	8	9	10	11	12	13																	
01																								
02																								
03																								
04																								
05																								
06																								
07																								
08																								
09																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								

\* MÉTODO 1 = Crudo 4 = Asado o al horno \*\* TC 1 = Desayuno 4 = Cena  
2 = Cocido o hervido 9 = No sabe 2 = Almuerzo 5 = Entre comida  
3 = Frito 3 = Comida





	GRAMOS O MILILITROS (OFICINA)				PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO = 1 COCIDO = 2 PREP = 3	MÉTODO	CONSUMO DE _____												
								**TC	SERVIDO (MEDIDAS CASERAS)	NO COMIDO (MEDIDAS CASERAS)	CONVERSIÓN A GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS	ml o g		GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)				FACTOR DE CONVERSIÓN		
												ml = 1 g = 2		15	16	17	18	19	20	21
5	7	8	9	10	11	12	13				14	15	16	17	18	19	20	21		
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				

\* MÉTODO 1 = Crudo 4 = Asado o al horno  
 2 = Cocido o hervido 9 = No sabe  
 3 = Frito

\*\* TC 1 = Desayuno  
 2 = Almuerzo  
 3 = Comida

4 = Cena  
 5 = Entre comida



IX. PRUEBAS DE LABORATORIO

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

PARA PERSONAS DE 2 A 11 AÑOS

1 SANGRE SE TOMÓ MUESTRA
-----------------------------

SI .....	1
NO .....	2

PARA PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS

2 ORINA SE TOMÓ MUESTRA
----------------------------

SI .....	1
NO .....	2

PEGARETIQUETA
---------------

--

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

PARA PERSONAS DE 2 A 11 AÑOS

1 SANGRE SE TOMÓ MUESTRA
-----------------------------

SI .....	1
NO .....	2

PARA PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS

2 ORINA SE TOMÓ MUESTRA
----------------------------

SI .....	1
NO .....	2

PEGARETIQUETA
---------------

--

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

PARA PERSONAS DE 2 A 11 AÑOS

1 SANGRE SE TOMÓ MUESTRA
-----------------------------

SI .....	1
NO .....	2

PARA PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS

2 ORINA SE TOMÓ MUESTRA
----------------------------

SI .....	1
NO .....	2

PEGARETIQUETA
---------------

--

PARA HOGARES DE NIÑOS DE 2 A 11 AÑOS

3 SAL SE TOMÓ MUESTRA DE SAL
NOTA: NO OLVIDE QUE LE OBSEQUIEN UN POCO DE SAL DE COCINA

SI .....	1
NO .....	2



*Cereales de Caja*

**Kellogg's**

**Código/Nombre**

762	Corn Flakes
763	Zucaritas
764	Chcoco Zucaritas
765	Chcoco Krispis
766	Corn Pops
767	All Bran
768	Bran Flakes
769	Raisin Bran
770	Honey Crunch Corn Flakes
771	Honey Smacks
772	Special K
773	Crispix
774	Frosted Mini Wheats
775	All Bran Extra Fibra
776	Froot Loops
777	Speed Loops
778	Apple Jack's

**Nestlé**

**Código/Nombre**

779	Basic 4
780	Ciniminis
781	Corn Flakes
782	Chocapic
783	FibraMax
784	Gold
785	Cheerios Manzana/canela
786	Cheerios Escarchados
787	Cheerios Miel Almendra
788	Golden Grahams
789	Lucky Charm
790	Quik
791	Trix
792	Zucosos

**Maizoro**

**Código/Nombre**

793	Azucaradas
794	Corn Flakes
795	Cronchis
796	Chocoflakes
797	Chocorroz
798	Fibra Uno
799	Frosted Corn Puffs

**Nutrioro**

**Código/Nombre**

800	Almohaditas Choc
801	Antos Frutas
802	Arroz Chocolate

**Quaker**

**Código/Nombre**

803	Apple Oh's
804	Capitana Crunch
805	Complete
806	Cuadritos de Avena
807	Nutriflakes

**Post**

**Código/Nombre**

808	Bran Flakes
809	Coca Pebbles
810	Fruit Pebbles
811	Raisin Brand

**Otras marcas**

**Código/Nombre**

812	Corn Flakes
813	Fi-Brand
814	Extra Raisin
815	Frutidinos
816	Monqui Coa
817	Otro cereal de caja

818 Cereal

Gigante  
Gigante  
Sam's  
Hipermart  
Michael  
(anotar en el formulario  
cual es, en el espacio  
correspondiente)  
Comprado a granel en  
el mercado

