

II. DATOS GENERALES

PARA TODAS LAS PERSONAS					
	LISTA DE PERSONAS	SEXO		EDAD	SUJETO DE ESTUDIO
2.1	2.2	2.3		2.4	
N U M E R O 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.	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?		¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	SÓLO ANOTE
	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.			MENORES DE 1 AÑO 00 98 AÑOS O MÁS 98 NO SABE... 99	M = MUJER (12 - 49 AÑOS) E = ESCOLAR (6 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				
	↓	→		→	↓
	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	Cevalín	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?

SI 1 →

NO 2

PASE A
2.2

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 TODAS LAS PERSONAS

PARENTESCO		DERECHOHABIENCIA	
2.5		2.6	
¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar?		¿Tiene (NOMBRE) derecho a servicio médico...	
ESPOSO(A)		en el Seguro Social (IMSS)? 1	
O CÓNYUGE	2	en el ISSSTE?	3
HJO(A)	3	por parte de Pemex, Ejército, Marina, etc.?	4
OTRO PARENTESCO	4	en una clínica u hospital particular pagado	
NOTIENE PARENTESCO	5	por el trabajo?	5
TRABAJADOR(A)		en otro tipo de institución? (ESPECIFIQUE)	7
DOMÉSTICO(A)	6	NOTIENE DERECHO	2
PARIENTE DEL TRABAJADOR DOMÉSTICO	7	NO SABE	9
↓		↓	
PARENTESCO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO
JEFE O JEFA	1		

REGISTRE HASTA 2 INSTITUCIONES

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		
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	¿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; width: fit-content;">ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA MADRE</div> PERSONA FUERA DEL HOGAR 77		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN</div> ESCUELA O GUARDERÍA 66 PERSONA FUERA DEL HOGAR 77 NADIE 99	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA PERSONA O EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</div>			NIVEL: NINGUNO 0 0 KINDER 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 PREPARATORIO BACHILLERATO 4 NORMAL BÁSICA 5 PROFESIONAL 6 POSGRADO 7 NO SABE 9 9		
	↓	↓	↓	→			→		
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			

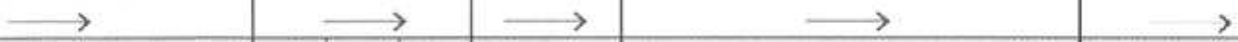
III. MORBILIDAD

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: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">DÍA</td> <td style="border: none;">MES</td> <td style="border: none;">AÑO</td> <td style="border: none;">DÍA</td> <td style="border: none;">MES</td> <td style="border: none;">AÑO</td> </tr> </table>									DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO												
→			→														
			Sí 1 NO 2 NO SABE 9														
			} → PASE A 3.6														
DÍA	MES	AÑO	SÍ	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
	mucha 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 89				
	ADEMÁS SI ES MENOR DE 1 AÑO		NO SABE 99		PUEDE REGISTRAR HASTA 2 OPCIONES
ojos hundidos? 09					
mollera hundida? 10					
otra cosa? 77					
PUEDE REGISTRAR HASTA 3 OPCIONES					

PASE A 3.10



	CÓDIGOS	SÍ	NO	NO SABE	DÍAS	CÓDIGOS	CÓDIGOS
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 5 A 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

2.1	CRÓNICAS	INICIO DE ENFERMEDAD	SÍNTOMAS	ACCIDENTE			
	3.10	3.11	3.12	3.13			
N U M E R O D E E N F E R M E D A D E S R E G I S T R A D O	¿Padece (NOMBRE) alguna enfermedad como... asma? 01 convulsiones (ataques)? 02 diabetes? 03 hipertensión (presión alta)? 04 gastritis, úlcera gástrica? 05 enfermedad del corazón? 06 enfermedad del riñón? 07 leucemia o algún otro tipo de cáncer? 08 NINGUNA DE LAS ANTERIORES 22 NO SABE 99	¿Cuándo comenzó a estar enfermo(a) (NOMBRE) de la(s) enfermedad(es)? MENOS DE 1 MES 1 DE 1 MES A 5 MESES 2 DE 6 MESES A 1 AÑO 3 MÁS DE 1 AÑO 4 NO SABE 9	Por la enfermedad o las enfermedades de (NOMBRE)... bajó de peso? 1 perdió el hambre? 3 sintió desgano? 4 otra cosa? 7 NINGUNA 2 NO SABE 9	En los últimos 3 meses ¿Ha sufrido (NOMBRE) algún accidente, lesión o intervención quirúrgica?			
	<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	SÍ	NO	NO SABE
	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 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		
2.1				4.5		4.6	4.7		4.8		
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	¿Pesaron a (NOMBRE) al nacer?			¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?		MENORES DE 5 AÑOS PESAR DESNUDOS O SÓLO ROPA INTERIOR	LIGERA 1 GRUESA 2 SIN ROPA 3	LONGITUD: MENORES DE 24 MESES TALLA: 24 MESES O MÁS NO SEMIDIÓ 222.2		SIN PROBLEMA 1 PROBLEMA FÍSICO 2 NO COOPERÓ ... 3 SE NEGÓ 4 NO SE ENCONTRÓ 5	
	SÍ 1 NO 2 NO SABE 9			NO SABE 9.999		NO SE PESÓ 222.22					
	PASE A 4.5			REGISTRE EL PESO EN KILOS Y TRES DECIMALES							
	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
	SI	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				PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS				
CIRCUNFERENCIA CADERA		EMBARAZOS	NACIMIENTOS	VITAMINAS Y COMPLEMENTO ALIMENTICIO			4.16	
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 6 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	NO SABE	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	_____	_____

PRUEBAS DE LABORATORIO

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

FRECUENCIA DE CONSUMO

HEMOGLOBINA

2.1

4.19

4.20

¿Actualmente (NOMBRE) está aplicando o tomando vitaminas o algún complemento alimenticio?

SE TOMÓ MUESTRA DE SANGRE

SI LA TIENE A LA MANO PIDA QUE SE LA MUESTRE

CODIFIQUE CON LA TABLA ANEXA

REGISTRE HASTA 2



	1° VIT	2° VIT	SÍ	NO	g/dL
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> . <input type="text"/>

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 AQUÉLLOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA CONTÍNE 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... SÍ 1 NO 2 →	¿Qué programa o institución le da (ALIMENTO)? DIF 01 LICONSA 02 COPUCI 03 FIDELUST 04 SEP 05 PROGRAMA DE ALBERGUESINI 06 PROGRESA 07 PROGRAMA ESTATAL 08 ONG'S 09 NIÑOS EN SOLIDARIDAD 10 SSA 11 NO SABE 99	¿Desde hace cuánto tiempo recibe (ALIMENTO)? 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	¿Cada cuánto le dan (ALIMENTO)? 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
<p>SI TODAS LAS RESPUESTAS SON NO PASE A 5.5</p>		<p>REGISTRE HASTA DOS OPCIONES</p>	

ALIMENTOS	SÍ	NO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
leche?	1	2	□□	□□	□□
tortillas?	1	2	□□	□□	□□
harina de maíz?	1	2	□□	□□	□□
harina de trigo?	1	2	□□	□□	□□
arroz?	1	2	□□	□□	□□
frijol?	1	2	□□	□□	□□
aceite?	1	2	□□	□□	□□
sopa de pasta?	1	2	□□	□□	□□
azúcar?	1	2	□□	□□	□□
sal?	1	2	□□	□□	□□
desayuno escolar frío?	1	2	□□	□□	□□
desayuno escolar caliente?	1	2	□□	□□	□□
papilla PROGRESA?	1	2	□□	□□	□□
bebida PROGRESA?	1	2	□□	□□	□□
sardinas?	1	2	□□	□□	□□
galletas?	1	2	□□	□□	□□
otro? _____ (ESPECIFIQUE)	1	2	□□	□□	□□

5.5 PLÁTICAS DE ALIMENTACIÓN

¿Les dan actualmente a usted o a alguien de su familia pláticas sobre alimentación y nutrición?

SÍ 1
NO 2
NO SABE 9

¿Qué institución o programa se los da?
□□ □□

REGISTRE HASTA DOS OPCIONES
UTILICE LOS CÓDIGOS DE LA PREGUNTA 5.2

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 BAMBU	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?

SÍ	1
NO	2

→ PASE A
6.6

6.5 COCINA EXCLUSIVA

¿Este cuarto se usa para dormir?

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

→ PASE A R 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

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

ALIMENTOS	B				C		D	
	¿En cualquier momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) alguno de los siguientes alimentos?		NINGUNO 0		(ALIMENTO) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo 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 [][]	
	SI	NO	SI	NO			DÍAS	DÍAS
4 AGUA SIMPLE	1	2	1	2			[][] DÍAS	[][] DÍAS
5 OTRO LECHE DISTINTA AL PECHO 1. Fórmula infantil 2. Leche en polvo o diluida, 3. Leche fresca entera	1	2	1	2	[] No. del alimento	[] No. del alimento	[][] DÍAS	[][] DÍAS
6 LÍQUIDOS 1. Agua endulzada 2. Té (simple o endulzado) 3. Café (simple o endulzado) 4. Refresco 5. Caldo de frijol (sólo el caldo) 6. Caldito de pollo o res (sólo el caldo) 7. Agua miel (sin fermentar)	1	2	1	2	[] No. del alimento	[] No. del alimento	[][] DÍAS	[][] DÍAS
7 OTROS LÍQUIDOS SOLOS O ENDULZADOS 1. Atole con agua o con leche 2. Otro cereal con agua o con leche 3. Café con leche 4. Jugos de frutas	1	2	1	2	[] No. del alimento	[] No. del alimento	[][] DÍAS	[][] DÍAS

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 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..... 80 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		
8 CEREALES Y LEGUMINOSAS (ENTEROS O EN PURÉ) 1. Sopa de pasta 2. Arroz 3. Tortillas 4. Pan 5. Avena 6. Frijoles 7. Lentejas 8. Habas	SÍ 1	NO 2	SÍ 1	NO 2	[] [] No. del alimento	[] [] No. del alimento	[] [] [] [] DÍAS [] [] [] [] MESES	[] [] [] [] DÍAS [] [] [] [] MESES
9 FRUTAS Y VERDURAS (ENTEROS O EN PURÉ) 1. Frutas 2. Verduras (Incluye envasados tipo Gerber)	1	2	1	2	[] [] No. del alimento	[] [] No. del alimento	[] [] [] [] DÍAS [] [] [] [] MESES	[] [] [] [] DÍAS [] [] [] [] MESES
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)	1	2	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 _____						FACTOR DE CONVERSIÓN				
								**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)				14	15
	6	7	8	9	10	11	12	13								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 9 = 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		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 hervida 5 = 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		GRAMOS O MILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)				FACTOR DE CONVERSIÓN		
												ml = 1 g = 2		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

			CONSUMO DE _____																
GRAMOS O MILITROS (OFICINA)				PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO=1 COCIDO=2 PREP=3	MÉTODO											FACTORE DE CONVERSIÓN		
							**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)							
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 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 ml = 1 g = 2	GRAMOS O MILILITROS 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
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

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	Choco Zucaritas
765	Choco 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	Aritos 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

