



Encuesta Nacional de Nutrición II 1998

Cuestionario de Hogar - Mujer de 12 a 49 años

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

REGIÓN _____	
ENTIDAD FEDERATIVA _____	
MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____	
CLAVE DE AGEB	
LOCALIDAD _____	
MANZANA	

CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO DE CONTROL	
FOLIO DE VIVIENDA	
HOGAR DE DE LA VIVIENDA	
CUESTIONARIO DE DEL HOGAR	

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM)		
NÚMERO EXTERIOR _____	NÚMERO INTERIOR _____	(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR			
FECHA (dd mm aa)			
RESULTADO (*)			

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

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

SUJETOS DE ESTUDIO

NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS	TOTAL EN HOGAR	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	TOTAL EN HOGAR	NIÑOS DE 5-11 AÑOS	TOTAL EN HOGAR	MUJERES DE 12 A 49 AÑOS	TOTAL EN HOGAR
No. DE REGISTRO	RESULTADO DE ENTREVISTA	No. DE REGISTRO	RESULTADO DE ENTREVISTA	No. DE REGISTRO	RESULTADO DE ENTREVISTA	No. DE REGISTRO	RESULTADO DE ENTREVISTA

II. DATOS GENERALES

PARA TODAS LAS PERSONAS					
	LISTA DE PERSONAS	SEXO		EDAD	SUJETO DE ESTUDIO
2.1	2.2	2.3		2.4	
N Ú 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. 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)? MENORES DE 1 AÑO... 00 08 AÑOS O MÁS 98 NO SABE ... 99	SÓLO 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)
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> CIRCULE EN 2.1 EL NÚMERO DE REGISTRO DEL INFORMANTE </div>				
	↓		→	→	↓
	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 CONTÍNE CON LA LISTA.

CÓDIGO PARA VITAMINAS Y COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS

01	A-D Vitex	46	Ferrotep
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 líquido
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?

SI 1 →

PASEA
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 TODAS LAS PERSONAS

PARENTESCO		DERECHO HABIENCIA	
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	
OCÓNYUGE	2	en el ISSSTE?	3
HIJO(A)	3	por parte de Pemex, Ejército, Marina, etc.?	4
OTRO PARENTESCO	4	en una clínica u hospital particular pagado	
NO TIENE PARENTESCO	5	por el trabajo?	5
TRABAJADOR(A)		en otro tipo de institución? (ESPECIFIQUE)	7
DOMÉSTICO(A)	6	NO TIENE DERECHO	2
PARIENTE DEL TRABAJADOR		NO SABE	9
DOMÉSTICO	7		
↓		↓	
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	ÁLFABETISMO			NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
2.7	2.8	2.9	2.10			2.11	
¿Quién es la madre de (NOMBRE)? ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA MADRE PERSONA FUERA DEL HOGAR 77	¿Qué lugar ocupa (NOMBRE) entre todos los hijos(a) que tuvo su mamá, (hayan vivido o no)? ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN	¿Quién está al pendiente de (NOMBRE) en la comida del medio día? ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA PERSONA O EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE ESCUELA O GUARDERÍA 66 PERSONA FUERA DEL HOGAR 77 NADIE 99	¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?			¿Cuál es el último año o grado que (NOMBRE) pasó (aprobó) en la escuela? 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	
↓	↓	↓	→			→	
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
<p style="text-align: center;">2.12</p> <p>¿Actualmente (NOMBRE):</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA FIRMATIVA</div> <p>vive en unión libre? ... 1</p> <p>es viudo(a)? 2</p> <p>está separado(a)? ... 3</p> <p>está divorciado(a)? ... 4</p> <p>está casado(a)? 5</p> <p>está soltero(a)? 6</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">↓</div>	<p style="text-align: center;">2.13</p> <p>¿La semana pasada (NOMBRE)...</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> <p>trabajó? 1</p> <p>tenía trabajo pero no trabajó? 3</p> <p>buscó trabajo? 4</p> <p>es estudiante? 5</p> <p>se dedica a los quehaceres de su hogar? ... 6</p> <p>es jubilado(a) o pensionado(a)? 7</p> <p>está incapacitado(a) permanentemente para trabajar? 8</p> <p>no trabaja? 2</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">→</div>
ESTADO CIVIL	CÓDIGO
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_

PASE A
2.15

PASE A
3.10

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS

2.1
N
U
M
E
R
O

D
E
R
E
G
I
S
T
R
O

VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

2.14

Además de (CONDICIÓN 2.13), ¿la semana pasada (NOMBRE)

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- vendió algunos productos (ropa, cosméticos, alimentos, etc.)? 1
- ayudó a trabajar en un negocio familiar? 3
- hizo algún producto para vender (alimentos, artesanías, ropa)? 4
- a cambio de un pago lavó, planchó o cosió? 5
- ayudó a trabajar en las actividades agrícolas o en la cría de animales? 6
- a cambio de un pago realizó otro tipo de trabajo (actividad)? 7
- NO TRABAJA 2
- NO SABE 9

PASE A 3.10

OCCUPACIÓN U OFICIO

2.15

¿Cuáles son las tareas o funciones que hace (NOMBRE) en su trabajo?

ANOTE TEXTUALMENTE

SITUACIÓN EN EL TRABAJO

2.16

¿(NOMBRE) en su trabajo de la semana pasada fue...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- empleado(a) u obrero? 1
- jornalero(a) o peón? 2
- patrón(a) o empresario(a) (contrata trabajadores)? 3
- trabajador(a) por su cuenta (no contrata trabajadores)? .. 4
- trabajador(a) sin pago en el negocio o predio familiar? 5



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 colspan="3"></td> </tr> </table>									DÍA	MES	AÑO						
DÍA	MES	AÑO															
LUGAR DE NACIMIENTO			Sí 1 NO 2 NOSABE 9														
E DO.			→ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">PASE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">A</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">3.6</td></tr> </table>			PASE	A	3.6									
PASE																	
A																	
3.6																	
CLADE.																	
MPO.																	
CLADE.																	
LCC.																	
CLADE.																	
DÍA	MES	AÑO	SÍ	NO	NOSABE												
_ _	_ _	_ _	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							NO SABE 9			NINGUNA 6					
	moco en excremento? 08							ANOTE NÚMERO DE DÍAS			NO SABE 9					
	NINGUNA 11							NO SABE 99			PUEDE REGISTRAR HASTA 3 OPCIONES					
	NO SABE 99										PUEDE REGISTRAR HASTA 2 OPCIONES					
	<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: 5px;">PUEDE REGISTRAR HASTA 3 OPCIONES</div>															
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PUEDE REGISTRAR HASTA 3 OPCIONES</div>																
→		→			→			→			→					
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	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____				

PASE A 3.10

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 Ú 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 6 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	CÓDIGOS	SI	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	

IV. ANTROPOMETRÍA Y PRUEBAS DE LABORATORIO

PARA PERSONAS MENORES DE 5 AÑOS	
GEMELO	PESOA I NACER
4.1 En este hogar hay gemelos o cuates, trillizos, cuatrillizos o más?	4.2 Cuando (NOMBRE) nació,...
SÍ, ANOTE:	¿Era muy grande? 1
GEMELO 2	¿Más grande de lo normal? 2
TRILLIZOS 3	¿De tamaño normal? 3
CUATRILLIZOS O MÁS 4	¿Más pequeño(a) de lo normal? 4
NO →	¿Muy pequeño(a)? 5
→	→
CÓDIGO	CÓDIGO
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>

DEJE
 EN
 BLANCO

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 6 meses (NOMBRE) ¿ha tomado vitaminas, o algún complemento alimenticio? Sí 1 NO 2 NOSABE 9			¿Cuál? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px 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: 10px auto;">REGISTRE HASTA 2</div>	
	→	→	→	→	→	→	→	→
	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	_____	_____

PRUEBAS DE LABORATORIO

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

FRECUENCIA DE CONSUMO

HEMOGLOBINA

4.19

4.20

¿Actualmente (NOMBRE) se 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



	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 cuánto le dan (ALIMENTO)?	
Sí 1 NO 2 → PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO		DIF 01 LICONSA 02 COPUCI 03 FIDELIST 04 SEP 05 PROGRAMA DE ALBERGUES INI 06 PROGRESA 07 PROGRAMA ESTATAL 08 ONG'S 09 NIÑOS EN SOLIDARIDAD 10 SSA 11 NO SABE 99 REGISTRE HASTA DOS OPCIONES		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	SÍ	NO	CÓDIGO		CÓDIGO	CÓDIGO
leche?	1	2	□□	□□	□	□
tortillas?	1	2	□□	□□	□	□
harina de maiz?	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

**REGISTRE HASTA DOS OPCIONES
UTILICE LOS CÓDIGOS DE LA PREGUNTA 5.2**

¿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?

- SÍ 1
 NO 2 →

PASE A
66

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 6.11

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 _____		Niño _____	
	NÚMERO DE REGISTRO [][] [][]		NÚMERO DE REGISTRO [][] [][]	
1 ¿Le dió pecho alguna vez a (NOMBRE)?	Sí 1 NO 2 → PASEA 4	Sí 1 NO 2 → PASEA 4		
2 ¿Aún le da pecho a (NOMBRE)?	Sí 1 → PASEA 4 NO 2	Sí 1 → PASEA 4 NO 2		
3 ¿Cuántos meses amamantó a (NOMBRE)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> SIMÁS DE 1 MES, ANOTE MESES CUMPLIDOS. SIMENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS QUE AMAMANTÓ. (AYUDE A RECORDAR A LA MADRE) </div>	[][] [][] 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 _____ LEA LOS ALIMENTOS DE LA COLUMNA A ¿cuál fue el primero que tomó (NOMBRE) regularmente? 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	Niño _____ [][] [][] NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ [][] [][] NÚMERO DE REGISTRO
	SÍ	NO	SÍ	NO			[][] [][] DÍAS	[][] [][] DÍAS
4 AGUA SIMPLE	1	2	1	2			[][] [][] MESES	[][] [][] MESES
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
							[][] [][] MESES	[][] [][] MESES
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
							[][] [][] MESES	[][] [][] MESES
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
							[][] [][] MESES	[][] [][] 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 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		
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	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

VIII. HISTORIA GINECO OBSTÉTRICA

Ahora le voy a preguntar sobre sus embarazos

8.1 ALGUNA VEZ EMBARAZADA

¿Ha estado embarazada alguna vez?

SI 1
 NO 2
 NO SABE 9

PASE A
8.11

8.2 EMBARAZO ACTUAL

¿Está embarazada actualmente?

SI 1
 NO 2
 NO SABE 9

PASE A
8.4

8.3 FUR (FECHA ÚLTIMA REGLA)

¿Cuándo fue su última regla (menstruación)?

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 MES AÑO

NO SABE 99 99

8.4 ABORTO

¿Ha tenido alguna pérdida o aborto?

SI → ¿Cuántos? _____
 NO 22

SILA MUJER NO SABE REGISTRE NO

8.5 EMBARAZO

¿Cuántas veces ha estado usted embarazada?

NUMERO DE EMBARAZOS _____

CONTANDO EL EMBARAZO ACTUAL

SI ESTE ES SU PRIMER EMBARAZO → PASE A
8.11

8.6 CONDICIÓN DE HIJOS NACIDOS VIVOS

¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?

SI 1
 NO 2

PASE A
8.11

8.7 CONDICIÓN DE HIJOS FALLECIDOS

¿Ha tenido alguna hija o hijo que nació vivo y después murió, aunque sólo haya vivido poco tiempo?

SI 1
 NO 2

8.8 TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS

En total ¿cuántas hijas o hijos que nacieron vivos, ha tenido (aunque hayan fallecido)?

TOTAL DE HIJOS _____

8.9 FECHA NACIMIENTO ÚLTIMA(O) HIJA(O)

¿En qué mes y año nació su última hija o hijo?

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 MES AÑO

8.10 ÚLTIMO(A) HIJO(A)

¿Esta última hija o hijo vive actualmente?

SÍ 1
 NO 2

8.11 MENSTRUACIÓN

¿Cuántos años cumplidos tenía cuando tuvo su primera regla o menstruación?

EDAD [][]
 AÚN NO REGLA 02 → PASEA 9.1
 NO RECUERDA 88

8.12 MENSTRUANDO REGULARMENTE

¿Sigue usted reglando (menstruando) como siempre ha reglado?

SÍ 1 → PASEA 9.1
 NO 2

8.13 RAZONES AUSENCIA DE MENSTRUACIÓN

¿Cuál fue la razón por la que dejó de reglar o no está reglando como siempre?

ESTÁ LACTANDO 1
 POR EMBARAZO 2
 ESTÁ EN LOS CUARENTA DÍAS DESPUÉS DEL PARTO 3
 LE QUITARON LA MATRIZ 4
 ESTÁ EN LA MENOPAUSIA 5
 OTRA 7
 (ESPECIFIQUE)
 NO SABE 9

PREGUNTE ←

¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando (RESPUESTA ANTERIOR)?

EDAD [][]
 NO SABE 99

IX. ACTIVIDAD FÍSICA

Ahora le voy hacer unas preguntas sobre las actividades que usted realiza

9.1 OCUPACIÓN

¿Cuál es su ocupación principal?

ANOTE TEXTUAL
CLASIFIQUE LA RESPUESTA ANTERIOR
RESPECTO A SU MANUAL

(PIDA DESCRIPCIÓN SI ES NECESARIO)

LIGERA 1
MODERADA 2
PESADA 3
DEDICADA AL HOGAR Y/O ESTUDIO 4 →

PASEA
9.3

9.2 TRABAJA

APLIQUE LA PREGUNTA SÓLO SI
TRABAJA FUERA DEL HOGAR

¿Cuántas horas al día trabaja?

HORAS DIARIAS

Ahora le voy a pedir que recuerde las actividades que hizo el día de ayer

9.3 OTRAS ACTIVIDADES PESADAS

Ayer, ¿cuánto tiempo pasó:

	Horas	Minutos
Sembrando, cosechando, limpiando o arando la tierra, partiendo leña, usando asadón o machete?	_____	_____

Estando de pie o caminando,
¿cuánto tiempo pasó cargando:

niño (incluir dando pecho)?	_____	_____
bolsas del mandado?	_____	_____
leña?	_____	_____
agua?	_____	_____
cosas pesadas? (excepto pesas en gimnasio)	_____	_____
TOTAL	_____	_____

MENOS DE 1 HORA 01
1 HORA 02
2 HORAS 03
3 HORAS 04
4 HORAS 05
5 HORAS 06
6 HORAS 07
MÁS DE 6 HORAS 08
NO SABE CUANTO TIEMPO 09
NO LE DEDICÓ TIEMPO 10

9.4 ACTIVIDAD LIGERA

¿Ayer, cuánto tiempo estuvo sentada por más de
15 minutos seguidos (un rato)?

	Horas	Minutos
Comiendo	_____	_____
Transportándose	_____	_____
Cuidando niños	_____	_____
Amamantando	_____	_____
Descansando	_____	_____
Platicando	_____	_____
Escribiendo	_____	_____
Trabajando en oficina	_____	_____
Trabajando en fábrica o taller	_____	_____
Cosiendo, bordando	_____	_____
Tejiendo	_____	_____
Leyendo	_____	_____
Otras	_____	_____
TOTAL	_____	_____

MENOS DE 1 HORA 01
DE 1 - 2 HORAS 02
DE 3 - 4 HORAS 03
DE 5 - 6 HORAS 04
DE 7 - 8 HORAS 05
DE 9 - 10 HORAS 06
MÁS DE 10 HORAS 07
NO SABE CUANTO TIEMPO 09
NO LE DEDICÓ TIEMPO 10

INCLUIR TIEMPO DE SENTARSE A COMER, VER T.V.
MIENTRAS HACE OTRAS ACTIVIDADES

9.5 TV, VIDEO, CINE, TEATRO

¿Ayer vio la televisión, alguna película o fue al teatro sin hacer otra cosa?

¿Cuánto tiempo vio?

	Horas	Minutos
TV	_____	_____
Videos	_____	_____
Cine	_____	_____
Teatro	_____	_____
TOTAL	_____	_____

NO CONSIDERE SI A LA VEZ HACE OTRAS ACTIVIDADES, EJEMPLO PLANCHAR Y VER T.V.

Sí 1
 NO 2 → **PASE A 9.6**
 MENOS DE 1 HORA 3
 DE 1 - 2 HORAS 4
 DE 3 - 4 HORAS 5
 DE 5 - 6 HORAS 6
 MÁS DE 6 HORAS 7
 NO SABE CUANTO TIEMPO 9

9.6 SIESTA

¿Ayer durmió siesta o se acostó a descansar durante el día?

¿Cuánto tiempo durmió o se acostó a descansar durante el día?

Sí 1
 NO 2 → **PASE A 9.7**
 MENOS DE 1 HORA 3
 DE 1 - 2 HORAS 4
 DE 3 - 4 HORAS 5
 DE 5 - 6 HORAS 6
 MÁS DE 6 HORAS 7
 NO SABE CUANTO TIEMPO 9

9.7 HORAS DE DORMIR

Ahora le voy a preguntar ¿cuántas horas durmió ayer?

¿A qué hora se durmió?

_____ HRS _____ MN _____ AM=1 PM=2

¿A qué hora se levantó?

_____ HRS _____ MN _____ AM=1 PM=2

¿Durante el tiempo que se acostó y se levantó, tuvo que levantarse por más de una hora? Sí _____ NO _____

MENOS DE 3 HORAS 1
 DE 3 - 5 HORAS 2
 DE 6 - 8 HORAS 3
 DE 9 - 10 HORAS 4
 MAS DE 10 HORAS 5
 NODURMIÓ 6
 NO SABE CUANTO TIEMPO 9

9.8 EJERCICIO O DEPORTE

¿Ayer hizo algún deporte o ejercicio físico como correr, andar en bicicleta, bailar, nadar, jugar volley ball o aerobics?

¿Cuánto tiempo hizo deporte o ejercicio ayer?

Sí 1
 NO 2 → **PASE A 9.9**
 MEDIA HORA 3
 DE MEDIA HORA A UNA HORA 4
 DE UNA HORA A HORA Y MEDIA 5
 MÁS DE HORA Y MEDIA 6
 NO SABE CUANTO TIEMPO 9

9.9 TIPO DE DÍA

¿Ayer fue un día normal, más pesado o más ligero que de costumbre?

- NORMAL 1
- MÁS PESADO 2
- MÁS LIGERO 3

Ahora le voy a seguir preguntando sobre el ejercicio físico que realiza

9.10 PRÁCTICA DE EJERCICIO O DEPORTE

¿Regularmente practica algún deporte o ejercicio físico como correr, andar en bicicleta, bailar, nadar, jugar volley ball o aerobics?

NO SE REFIERE AL DÍA DE AYER

- SI 1
- NO 2 →

PASE A
10.1

9.11 TIEMPO HACER EJERCICIO

Por lo general, ¿Cuántas horas a la semana (lunes a domingo) hace deporte o ejercicio?

- MENOS DE 1 HORA 1
- DE 1 - 2 HORAS 2
- DE 3 - 4 HORAS 3
- DE 5 - 6 HORAS 4
- MÁS DE 6 HORAS 5
- NO SABE CUANTO TIEMPO 9

X. HÁBITOS (TABACO, BEBIDAS ALCOHÓLICAS)

Ahora le voy a preguntar sobre otros hábitos

10.1 TABAQUISMO

¿Fuma usted actualmente?

¿Desde cuándo?

- SÍ 1
- NO 2 → **PASE A 10.7**
- MENOS DE 1 AÑO 3
- DE 1 - 2 AÑOS 4
- DE 2 - 5 AÑOS 5
- MÁS DE 5 AÑOS 6
- NO RECUERDA CUANDO 7

10.2 CANTIDAD DE CONSUMO

¿Con qué frecuencia fuma usted ?

¿Cuántos cigarrillos fuma (FRECUENCIA)?

	FRECUENCIA	CANTIDAD
DIARIO	1	
SEMANAL	2	
MENSUAL	3	
OCASIONAL	4	
NO SABE	9	

10.3 INTENCIÓN DEJAR DE FUMAR

¿Tiene usted pensado dejar de fumar?

¿Cuándo?

- SÍ 1
- NO 2 → **PASE A 10.4**
- DENTRO DE 1 MES 3
- DENTRO DE 6 MESES 4
- DENTRO DE UN AÑO 5
- DENTRO DE MÁS DE UN AÑO 6
- NO SABE CUANDO 7

10.4 DEJAR DE FUMAR

¿Ha dejado usted de fumar alguna vez?

¿Cuándo fue la última vez?

- SÍ 1
- NO 2 → **PASE A 10.6**
- HACE MÁS DE 1 MES Y MENOS DE 6 MESES 3
- HACE MÁS DE 6 MESES Y MENOS DE 1 AÑO 4
- HACE MÁS DE UN AÑO 5

10.5 NÚMERO DE INTENTOS

Hasta la fecha ¿cuántas veces ha tratado de dejar de fumar?

ANOTE EL NÚMERO DE VECES

10.6 MÉTODOS CONTRA TABACO

De los siguientes métodos para dejar de fumar ¿cuáles conoce usted...

SI 1 PREGUNTE. ¿Lo ha utilizado?

NO 2

SI → PREGUNTE:

CONOCE ¿Lo ha utilizado?

acupuntura?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
goma de mascar?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
goma de mascar con nicotina?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
parches con nicotina?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
hipnosis?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ahora le voy a preguntar sobre las bebidas que tomó el último año

10.7 CONSUMO BEBIDAS ALCOHÓLICAS

¿Qué tan frecuentemente consume (consumía)

A DIARIO 01
 CASI DIARIO (CINCO O SEIS VECES A LA SEMANA) 02
 TRES O CUATRO VECES A LA SEMANA 03
 UNA O DOS VECES A LA SEMANA 04
 DOS O TRES VECES AL MES 05
 UNA VEZ AL MES 06
 TRES A SEIS VECES POR AÑO 07
 DOS VECES AL AÑO 08
 UNA VEZ AL AÑO 09
 NINGUNA VEZ 22

→ PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

SI TODAS LAS RESPUESTAS SON 22 PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

cerveza?	1	<input type="text"/>
brandy, whiskey, tequila, ron, mezcal, aguardiente vodka, ginebra, cognac?	2	<input type="text"/>
vino de mesa tinto o blanco?	3	<input type="text"/>
pulque?	4	<input type="text"/>
cooler?	5	<input type="text"/>
alcohol puro?	6	<input type="text"/>
otras bebidas alcohólicas?	9	<input type="text"/>

10.8 CONSUMO ÚLTIMO AÑO

Durante el último año de su consumo ¿cuántas veces tomó 5 o más copas o vasos de...

A DIARIO	01
CASI DIARIO (CINCO O SEIS VECES A LA SEMANA)	02
TRES O CUATRO VECES A LA SEMANA	03
UNA O DOS VECES A LA SEMANA	04
DOS O TRES VECES AL MES	05
UNA VEZ AL MES	06
TRES A SEIS VECES POR AÑO	07
DOS VECES AL AÑO	08
UNA VEZ AL AÑO	09
NUNCA	22
NORECUERDA	99

cerveza?	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
brandy, whiskey, tequila, ron, mezcal, aguardiente vodka, ginebra, cognac?	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
vino de mesa tinto o blanco?	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
pulque?	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
cooler?	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
alcohol puro?	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
otras bebidas alcohólicas?	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

XI. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Durante el último año ¿Con qué frecuencia consumió usted?

FRECUENCIA DE CONSUMO												
ALIMENTO	Nunca (01)	Menos de 1 vez al mes (02)	Veces al mes 1 - 3 (03)	Veces a la semana			Veces al día				Frecuencia de consumo	
				1 (04)	2 - 4 (05)	5 - 6 (06)	1 (07)	2 - 3 (08)	4 - 5 (09)	6 (10)		
Productos lácteos												
1	1 vaso de leche	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
2	1 rebanada queso (cualquiera)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
Frutas												
3	1 naranja	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
4	1 vaso de jugo de naranja o de toronja	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
5	1 mandarina	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
6	1 guayaba	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
7	1 plátano	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
8	1 rebanada de papaya	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
9	1 rebanada de melón	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
10	1 mango	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
Verduras												
11	Media taza de brócoli	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
12	Media taza de espinaca	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
13	Media taza de verdolaguas	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
14	Media taza de quelites	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
15	1 jitomate rojo en salsa o guisado	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
16	Media taza de zanahoria	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
17	1 cucharadita de salsa picante o chiles en lata con sus alimentos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
18	1 platillo con chile seco	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
19	Media taza de nopales	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
Huevo, carnes, embutidos												
20	1 pieza huevo	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
21	1 pieza de pollo	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
22	1 plato cualquier carne de cerdo (incluye carnitas)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
23	1 plato de carne de res	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
24	1 salchicha o 2 rebanadas de jamón	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
25	1 trozo de chorizo o de longaniza	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□

FRECUENCIA DE CONSUMO												
ALIMENTO	Nunca (01)	Monos de 1 vez al mes (02)	Veces al mes 1 - 3 (03)	Veces a la semana			Veces al día				Frecuencia de consumo	
				1 (04)	2 - 4 (05)	5 - 6 (06)	1 (07)	2 - 3 (08)	4 - 5 (09)	6 (10)		
Huevo, carnes, embutidos												
26	1 bistec de hígado o hígaditos de pollo	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
27	1 pedazo de chicharrón	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
28	1 plato de pescado (fresco o en lata)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
Leguminosas												
29	1 plato de frijoles (de cualquier tipo)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
Cereales												
30	¿Con qué frecuencia come tortillas?	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
31	¿Cuántas tortillas se come en cada ocasión?											□□□
32	1 rebanada pan de caja integral	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
33	1 tazón cereal seco, de caja (nombre y marca) o a granel Nombre y marca											
	CÓDIGO □□□	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
	CÓDIGO □□□	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
	CÓDIGO □□□	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
	CÓDIGO □□□	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
Grasas												
34	1 cucharadita de manteca de cerdo	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
35	1 cucharadita mantequilla	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
36	1 cucharadita margarina	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
37	1 cucharadita crema	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
Otros												
38	1 refresco mediano de cualquier tipo	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	□□□
39	¿Le agrega usted sal a sus alimentos en la mesa, antes de probarlos?							SÍ = 1		NO = 2		□
40	¿Acostumbra usted comerse el pellejo del pollo o el gordito de la carne?							SÍ = 1		NO = 2		□

XII. RECORDATORIO DE 24 HORAS

NOMBRE _____

No. DEREGISTRO _____

HOJA ____ / ____

	NOMBRE DEL ALIMENTO O PREPARACIÓN	NÚMERO ALIMENTO O PREPARACIÓN		ALIMENTOS USADOS			RECETA	
				CÓDIGO (OFICINA)			INGREDIENTE TIPO COLOR	PREPARADO (MEDIDAS CASERAS)
		1	2	3	4	5		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								

	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 9 = No sabe 2 = Almuerzo 5 = Entre comida
3 = Frito 3 = Comida

	NOMBRE DEL ALIMENTO O PREPARACIÓN	NÚMERO ALIMENTO O PREPARACIÓN		ALIMENTOS USADOS			RECETA	
				CÓDIGO (OFICINA)			INGREDIENTE TIPO COLOR	PREPARADO (MEDIDAS CASERAS)
		1	2	3	4	5		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								

	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 9 = No sabe 2 = Almuerzo 5 = Entre comida
 3 = Frito 3 = Comida

XIII. PRUEBAS DE LABORATORIO (MUJERES DE 12 A 49 AÑOS)

4.1 SANGRE
SE TOMÓ MUESTRA

SÍ 1
NO 2
NOELEGIBLE 3

4.2 ORINA
SE TOMÓ MUESTRA

SÍ 1
NO 2
NOELEGIBLE 3

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

SÍ 1
NO 2
NOELEGIBLE 3

PEGAR ETIQUETA

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 Giniminis
- 781 Corn Flakes
- 782 Chocapic
- 783 Fibra Max
- 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

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor, "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados, para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el Artículo 42, párrafo primero, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor, "Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas."

OBSERVACIONES

RECUADRO DE CONTROL

SUPERVISADO POR	CODIFICADO POR	CAPTURADO POR
NOMBRE		
CLAVE <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>