



## Encuesta Nacional de Nutrición II 1998

### Cuestionario de Hogar

#### 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

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

#### 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					
2.1	LISTA DE PERSONAS	SEXO		EDAD	SUJETO DE ESTUDIO
	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)?	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)
	CIRCULE EN 2.1 EL NÚMERO DE REGISTRO DEL INFORMANTE			MENORES DE 1 AÑO ... 00  98 AÑOS ... 98  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 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	Cevalln	74	Redoxon Forte
30	Deca-vi-sol	75	Rocaltrol
31	Dexabión	76	Segretil
32	Diba	77	Stresstabs 600
33	Dical	78	Stresstabs 600 con Hierro
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 →

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?

NUMERO 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)?  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	SI	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 Y MÁS

VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD		OCUPACIÓN U OFICIO	SITUACIÓN EN EL TRABAJO
2.1  N U M E R O  D E  R E G I S T R O  D E  R E F E R E N C I A  S T R O  O	2.14  Además de (CONDICIÓN 2.13), ¿la semana pasada (NOMBRE)  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                         LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div> 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	2.15  ¿Cuáles son las tareas o funciones que hace (NOMBRE) en su trabajo?   ANOTE TEXTUALMENTE	2.16  ¿(NOMBRE) en su trabajo de la semana pasada fue...  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                         LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div> 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	_		_

PASEA 3.10



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					
<div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <span style="width: 20px; text-align: center;">DÍA</span> <span style="width: 20px; text-align: center;">MES</span> <span style="width: 20px; text-align: center;">AÑO</span> </div>					
Lugar de Nacimiento: Edo. clave. Mpio. clave. Loc. clave.			Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9		
→			→		
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

PASE  
A  
3.5

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS

SÍNTOMAS		CONTINUACIÓN			DURACIÓN	RESPIRATORIA Y OTRAS	SÍNTOMAS	
3.3		3.4			3.5	3.6	3.7	
¿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 calentura? .....	02					bronquitis o neumonía? .....	3	
bajó de peso? .....	03					dengue, ronchas o lombrices? .....	4	
falta de apetito? .....	04					otra? .....	7	
desgano? .....	05					NINGUNA .....	2	
mucha sed? .....	06					NO SABE .....	9	
sangre en excremento? .....	07				ANOTE NÚMERO DE DÍAS	] > <b>PASE A 3.10</b>	otra cosa? .....	5
moco en excremento? .....	08						NINGUNA .....	6
NINGUNA .....	11				NO SABE. 99	<b>PUEDEN REGISTRAR HASTA 2 OPCIONES</b>	NINGUNA .....	6
NO SABE .....	99						NO SABE .....	9
<b>ADEMÁS SI ES MENOR DE 1 AÑO</b>							<b>PUEDEN REGISTRAR HASTA 3 OPCIONES</b>	
ojos hundidos? .....	09							
mollera hundida? .....	10							
otra cosa? .....	77							

	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

		CRÓNICAS	INICIO DE ENFERMEDAD	SÍNTOMAS	ACCIDENTE		
2.1	3.10	3.11	3.12	3.13			
N Í M E R O D E E R E G I S T R 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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">PUEDE REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES</div>			
	convulsiones (ataques)?..... 02	DE 1 MES A 6 MESES ..... 2	perdió el hambre? ..... 3				
	diabetes?..... 03	DE 6 MESES A 1 AÑO ..... 3	sintió desgarro? ..... 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						

FASE A 3.13

PUEDE REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES

PUEDE REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES

	CÓDIGOS	CÓDIGO	CÓDIGOS	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

#### IV. ANTROPOMETRÍA Y PRUEBAS DE LABORATORIO

PARA PERSONAS MENORES DE 5 AÑOS	
GEMELO	PESO AL NACER
4.1	4.2
<p>En este hogar hay gemelos' o cuates, trillizos, cuatrillizos o más?</p> <p>SÍ, ANOTE:</p> <p>GEMELO ..... 2</p> <p>TRILLIZOS ..... 3</p> <p>CUATRILLIZOS O MAS ..... 4</p> <p>NO → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DEJE EN BLANCO</span></p>	<p>Cuando (NOMBRE) nació...</p> <p>¿Era muy grande? ..... 1</p> <p>¿Más grande de lo normal? ..... 2</p> <p>¿De tamaño normal? ..... 3</p> <p>¿Más pequeño(a) de lo normal? ..... 4</p> <p>¿Muy pequeño(a)? ..... 5</p>
→	→
CÓDIGO	CÓDIGO
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]
[ ]	[ ]

		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		4.3	4.4		4.5		4.6	4.7		4.8
N U M E R O D E 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	LONGITUD: MENORES DE 24 MESES		SIN PROBLEMA ..... 1	
	SÍ ..... 1	NO SABE ..... 9.999		NO SE PESÓ ..... 222.22		GRUESA ... 2	TALLA: 24 MESES O MÁS		PROBLEMA FÍSICO ..... 2	
	NO ..... 2	REGISTRE EL PESO EN KILOS Y TRES DECIMALES				SIN ROPA ... 3	NO SE MIDIÓ ... 222.2		NO COOPERÓ ... 3	
	NO SABE ..... 9								SE NEGÓ ..... 4	
	PASE A 4.5								NO SE ENCONTRÓ ... 5	



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				
2.1 N Ú M E R O D E R E G I S T R O	4.12 EXCEPTO EMBARAZADAS	4.13 Pregunte: A CADA MUJER  ¿Cuántos embarazos ha tenido (logrados o no)?  NINGUNO ... 00 ↓ PASE A 4.15	4.14 Pregunte: A CADA MUJER  En total ¿Cuántas(os) hijas e hijos que nacieron vivos ha tenido (aunque hayan fallecido)?  NINGUNO ... 00	4.15 En los últimos 6 meses (NOMBRE) ¿ha tomado vitaminas, o algún complemento alimenticio?  SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9 } → PASE A 4.20			4.16 ¿Cuál?  SI LA TIENE A LA MANO PIDA QUE SE LA MUESTRE  CODIFIQUE CON LA TABLA ANEXA  REGISTRE HASTA 2	
	→	→	→	→			→	
	CENTIMETROS mm	EMBARAZOS	NACIMIENTOS	SI	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

FRECUENCIA DE CONSUMO

HEMOGLOBINA

2.1  
N  
C  
M  
E  
R  
O  
D  
E  
R  
E  
G  
I  
S  
T  
R  
O

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



	1° VIT	2° 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 CONTINUE 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)?
Sí ..... 1 NO ..... 2 → <b>PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO</b>	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 <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 ..... 8 NO SABE ..... 9
<p>SI TODAS LAS RESPUESTAS SON NO PASE A 5.5</p> <p style="text-align: center;">↓</p>			

ALIMENTOS	SI	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

**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?

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
- 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 8 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 _____ NÚMERO DE REGISTRO [ ][ ]	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO [ ][ ]	
1 ¿Le dió pecho alguna vez a (NOMBRE)?	Sí ..... 1 NO ..... 2 → <b>PASEA 4</b>	Sí ..... 1 NO ..... 2 → <b>PASEA 4</b>	
2 ¿Aún le da pecho a (NOMBRE)?	Sí ..... 1 → <b>PASEA 4</b> NO ..... 2	Sí ..... 1 → <b>PASEA 4</b> NO ..... 2	
3 ¿Cuántos meses amamantó a (NOMBRE)?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                         SIMÁS DE 1 MES, ANOTE MESES CUMPLIDOS. SI MENOS DE 1 MES, ANOTE DIAS QUE AMAMANTÓ                          (AYUDE A RECORDAR A LA MADRE)                     </div> [ ][ ]      [ ][ ] DIAS      O      MESES	[ ][ ]      [ ][ ] DIAS      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	
	SI	NO	SI	NO			[ ][ ] DIAS	[ ][ ] DIAS
4 AGUA SIMPLE	1	2	1	2			[ ][ ] MESES	[ ][ ] MESES
5 OTRA LECHE DISTINTA AL PECHO					[ ][ ] No. del alimento	[ ][ ] No. del alimento	[ ][ ] DIAS	[ ][ ] DIAS
	1	2	1	2			[ ][ ] MESES	[ ][ ] MESES
6 LIQUIDOS								
1. Agua endulzada					[ ][ ] No. del alimento	[ ][ ] No. del alimento	[ ][ ] DIAS	[ ][ ] DIAS
2. Té (simple o endulzado)								
3. Café (simple o endulzado)	1	2	1	2			[ ][ ] MESES	[ ][ ] MESES
4. Refresco								
5. Caldito de frijol (sólo el caldo)								
6. Caldito de pollo o res (sólo el caldo)								
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	[ ][ ] DIAS	[ ][ ] DIAS
2. Otro cereal con agua o con leche								
3. Café con leche								
4. Jugos de frutas							[ ][ ] MESES	[ ][ ] MESES

A	B				C		D	
<b>ALIMENTOS</b>	¿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
<b>8 CEREALES Y LEGUMINOSAS (ENTEROS O EN PURÉ)</b>  1. Sopa de pasta      5. Avena 2. Arroz              6. Frijoles 3. Tortillas        7. Lentejas 4. Pan                8. Habas	SI NO  1    2	SI NO  1    2		[ ] No. del alimento	[ ] No. del alimento	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	
<b>9 FRUTAS Y VERDURAS (ENTEROS O EN PURÉ)</b>  1. Frutas 2. Verduras  (Incluye envasados tipo Gerber)	1    2	1    2		[ ] No. del alimento	[ ] No. del alimento	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	[ ] [ ] DÍAS [ ] [ ] MESES	
<b>10 CARNES Y LÁCTEOS (ENTEROS O EN PURÉ)</b>  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	



**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		
FECHA		