



SECRETARÍA DE SALUD

Encuesta Nacional de Salud 2000

por la salud

Cuestionario Individual del Adolescente de 10 a 19 Años de Edad

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_ / / / /

MUNICIPIO O DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ / / / /

CLAVE DE AGEB \_\_\_\_\_ / / / / - / /

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ / / / / / /

MANZANA \_\_\_\_\_ / / / / /

CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO DE CONTROL..... / / / / / / / /

FOLIO DE VIVIENDA..... / / / / /

HOGAR..... / / DE / / / /

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA O NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA

\_\_\_\_\_ (CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM O NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA)

\_\_\_\_\_

NÚMERO EXTERIOR      NÚMERO INTERIOR      (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE VISITA	1ª.	2ª.	ÚLTIMA VISITA / / /
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____ / / / /	_____ / / / /	_____ / / / /
FECHA (dd mm aaaa)	_____ / / / / / / / /	_____ / / / / / / / /	_____ / / / / / / / /
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) |

NÚM. DE REGISTRO DEL ADOLESCENTE SELECCIONADO / / /

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ / / / / / / / /

DÍA      MES      AÑO

---

SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ / / / / / / / /

HOMBRE..... 1      AÑOS      MESES      ESTADO CONYUGAL (TRANSCRIBA CLAVE) \_\_\_\_\_ / / / /

MUJER..... 2

### SECCIÓN 3. Accidentes y violencias

#### Pregunta 3.2

(Nombre) ¿cómo fue que te accidentaste?

Ejemplos para cada una de las opciones de respuesta

<b>Accidentes de transporte terrestre:</b> atropellamiento, choque, o caída de automóvil, autobús, tren, bicicleta, carreta, caballo.....	01
<b>Otros accidentes de transporte:</b> accidentes de transporte acuático, aéreo, teleférico.....	02
<b>Caída:</b> a nivel del piso, desde un mueble, escalera, andamio, árbol, edificio, casa habitación.....	03
<b>Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas:</b> golpe, aplastamiento o contacto traumático con objetos, maquinaria o equipos de elevación, herramientas, vidrios u otros objetos cortantes, disparos y explosiones accidentales.....	04
<b>Exposición a fuerzas mecánicas animadas:</b> contacto traumático con otras personas, animales, o plantas no venenosos.....	05
<b>Ahogamiento y sumersión accidentales:</b> en bañeras, piscinas, aguas naturales.....	06
<b>Otros accidentes que obstruyen la respiración:</b> sofocación o estrangulamiento accidental, sofocación por hundimiento, inhalación de contenido gástrico, alimentos u objetos, encierro en lugar herméticamente cerrado, sofocación por bolsa plástica.....	07
<b>Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire ambientales extremas:</b> choque eléctrico, exposición a rayos x, rayos UV, láser, calor o frío excesivo artificial, presión atmosférica alta o baja.....	08
<b>Exposición al fuego, humo y llamas:</b> en incendios, fogatas, chimeneas, ignición de combustibles, ropas.....	09
<b>Contacto con calor y sustancias calientes:</b> bebidas, alimentos, agua, vapor, aire caliente, utensilios domésticos, calentadores, motores o metales calientes.....	10
<b>Contacto traumático con animales y plantas venenosos</b> (por ej.: serpientes, arañas, avispas, abejas, ciempiés, medusas.....	11
<b>Exposición a fuerzas de la naturaleza:</b> calor o frío natural, radiación solar, rayos, terremoto, avalancha, ciclón, inundación.....	12
<b>Envenenamiento accidental:</b> por medicamentos, alcohol, solventes, derivados del petróleo, gases de escape, plaguicidas, raticidas y otros productos químicos.....	13
<b>Exposición accidental a otros factores:</b> exceso de esfuerzo físico, privación de alimentos y agua, y exposición a otros factores.....	14
<b>No sabe</b> .....	88
<b>No responde</b> .....	99

## SECCIÓN 1. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

1.1 (NOMBRE) ¿en general, consideras que tu estado de salud en el último año ha sido...	bueno? .....	1	/ /
	regular? .....	2	
	malo? .....	3	
	No sabe .....	8	

## SECCIÓN 2. VACUNACIÓN

2.1 (NOMBRE) ¿te han puesto la vacuna toxoide tetánico o toxoide tetánico y diftérico?	Sí .....	1	/ /
	No .....	2	
	No sabe .....	8	
			<b>PASE A</b> 3.1
2.2 (NOMBRE) ¿cuántas veces te la han puesto?	No responde .....	9	/ / Anote veces

## SECCIÓN 3. ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

3.1 (NOMBRE) ¿tuviste algún problema de salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses (más de uno, refiérase al último)?	Sí .....	1	/ /
	No .....	2	
	No Responde .....	9	
			<b>PASE A</b> 3.4
3.2 (NOMBRE) ¿cómo fue que te accidentaste?	Accidente de transporte terrestre	01	/ // /
	Otros accidentes de transporte	02	
	Caída .....	03	
	Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas .....	04	
	Exposición a fuerzas mecánicas animadas .....	05	
	Ahogamiento y sumersión accidentales.....	06	
	Otros accidentes que obstruyen la respiración .....	07	
	Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire ambientales extremas .....	08	
	Exposición al fuego, humo y llamas	09	
	Contacto con calor y sustancias calientes .....	10	
	Contacto traumático con animales y plantas venenosas.....	11	
	Exposición a fuerzas de la naturaleza .....	12	
	Envenenamiento accidental .....	13	
	Exposición accidental a otros factores .....	77	
	No sabe .....	88	
No responde .....	99		

**REVISAR LA PÁGINA DOS DEL CUESTIONARIO PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA**

3.3 (NOMBRE) ¿en qué lugar te encontrabas cuando ocurrió el accidente?	Hogar ..... 01 Escuela ..... 02 Trabajo ..... 03 Vía pública ..... 04 Campo ..... 05 Lugar de recreo o deportivo ..... 06 Establecimiento comercial ..... 07 Otro ..... 77 No responde ..... 99	/ / / /
3.4 (NOMBRE) ¿tuviste algún problema de salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses (más de uno, refiérase al último)?	Sí ..... 1 No ..... 2 No Responde..... 9	/ / /
<b>SI EN 3.1 Y 3.4 CONTESTÓ "NO" O "NO RESPONDE", PASE A 4.1</b> <b>SI CONTESTÓ EN 3.1 "SÍ" Y EN 3.4 "NO", PASE A 3.9;</b> <b>SI CONTESTÓ EN 3.1 "NO" Y EN 3.4 "SÍ", CONTINÚE</b>		
3.5 (NOMBRE) ¿qué fue lo que te pasó?	Robo, asalto ..... 01 Incidente de tránsito ..... 02 Agresión sin motivo aparente ..... 03 Secuestro ..... 04 Detención ..... 05 Discusión/altercado ..... 06 Agresión sexual ..... 07 Otro ..... 77 No responde ..... 99	/ / / /
3.6 (NOMBRE) ¿cómo o con qué te agredieron?	Agresión con sustancias ..... 01 Intento de ahorcamiento o estrangulación ..... 02 Intento de sofocación o sumersión ..... 03 Ataque con arma de fuego y explosivos ..... 04 Ataque humo, fuego y llamas ..... 05 Ataque con vapor de agua y objeto caliente ..... 06 Ataque con arma punzocortante ..... 07 Ataque con objeto romo (golpe con objeto sin filo) ..... 08 Empujón desde lugar elevado ..... 09 Empujón delante de objeto en movimiento ..... 10 Colisión con vehículo de motor ..... 11 Lucha o pelea sin armas ..... 12 Ataque sexual ..... 13 Agresión psicológica ..... 14 Otro ..... 77 No responde..... 99	/ / / /

<p>3.7 (NOMBRE) ¿en qué lugar te encontrabas cuando ocurrió (MENCIONE VIOLENCIA)?</p>	<p>Hogar ..... 01  Escuela ..... 02  Trabajo ..... 03  Vía pública ..... 04  Campo ..... 05  Lugar de recreo o deportivo ..... 06  Establecimiento comercial ..... 07  Otro ..... 77  No responde ..... 99</p>	<p>___/___/___</p>
<p>3.8</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p><b>EN CASO DE ACCIDENTE Y VIOLENCIA, HAGA ESTA PREGUNTA AL ENTREVISTADO Y REFIÉRASE DE 3.9 A 3.20 A ESE EVENTO</b></p> </div> <p>(NOMBRE) ¿cuál consideras que te causó más problemas de salud...</p>	<p><b>accidente? ..... 1</b>  <b>violencia? ..... 2</b></p>	<p>___/___/___</p>
<p>3.9 (NOMBRE) ¿qué tipo de daño tuviste?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p><b>ANOTAR OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</b></p> </div>	<p>Moretón ..... 01  Raspón superficial ..... 02  Golpe ..... 03  Hueso roto ..... 04  Hueso o articulación zafado ..... 05  Torcedura de articulación ..... 06  Cortada o perforación de la piel o tejido subyacente ..... 07  Raspón o raspadura profunda ..... 08  Arrancamiento o cercenamiento de algún miembro o apéndice ..... 09  Quemada, desde enrojecimiento hasta carbonización ..... 10  Intoxicación por sustancias (medicamentos, ponzoñas, o sustancias químicas).. 11  Daño psicológico ..... 12  Otro ..... 77  No responde ..... 99</p>	<p>___/___/___</p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle; margin-right: 5px;"></div> <p><b>PASE A 3.11</b></p>











<p>5.5 (NOMBRE) ¿quién decidió usar (MENCIONE MÉTODO) en esa ocasión?</p>	<p>Ella ..... 1          El ..... 2          Ambos ..... 3          Otro..... 7          No responde ..... 9</p>	<p>/ / /</p>
<p>5.6 (NOMBRE) ¿conoces alguna forma para prevenir enfermedades de transmisión sexual?</p>	<p>Sí ..... 1          No ..... 2          No responde ..... 9</p>	<p>/ / /  <b>PASE A 5.8</b></p>
<p>5.7 (NOMBRE) ¿cuál consideras la mejor?</p>	<p>Condón ..... 1          No tener relaciones sexuales..... 2          Relaciones sólo con tu pareja ..... 3          Otro..... 7          No responde ..... 9</p>	<p>/ / /</p>
<p>5.8</p> <p><b>SI EN PREGUNTA 5.3 RESPONDIÓ NO TENER RELACIONES SEXUALES, PASE A 5.25</b></p> <p>(NOMBRE) ¿ en los últimos 12 meses has tenido alguna enfermedad de las siguientes...</p> <p><b>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</b></p>	<p><b>verrugas genitales? ..... 1</b>  <b>gonorrea?..... 2</b>  <b>sífilis? ..... 3</b>  <b>otras enfermedades de transmisión sexual? ..... 7</b>          Especifique</p> <p>Ninguna?..... 0          No sabe ..... 8          No responde ..... 9</p>	<p>/ / /          / / /          / / /          / / /  <b>PASE A 5.10</b></p>
<p>5.9 (NOMBRE) ¿cuándo tuviste la (última) enfermedad de transmisión sexual...</p> <p><b>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</b></p>	<p><b>lo consultaste con amigos(as)? 01</b>  <b>usaste remedios caseros? ..... 02</b>  <b>usaste medicamentos que tenías en casa o que anuncian por televisión? . 03</b>  <b>consultaste a curandero(a) o médico tradicional? ..... 04</b>  <b>fuiste a la clínica/centro de salud o con promotor(a) o asist. de salud?.. 05</b>  <b>consultaste un médico privado? ..... 06</b>  <b>consultaste al farmacéutico(a)?..... 07</b>  <b>otro? ..... 77</b>          No hizo nada ..... 00          No responde ..... 99</p>	<p>/ / /          / / /          / / /          / / /          / / /          / / /</p>
<p>5.10</p> <p><b>PARA MUJERES DE 12 A 19 AÑOS SÓLO SI EN 5.3 RESPONDIÓ HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES; SI NO, PASE A 5.25, HOMBRES PASE A 5.20</b></p> <p>(NOMBRE) ¿alguna vez has estado embarazada?</p>	<p>Sí ..... 1          No ..... 2          No responde ..... 9</p>	<p>/ / /  <b>PASE A 5.13</b></p>

5.11 (NOMBRE) ¿de estos embarazos cuántos han... <b>ANOTE EL NÚMERO DE PRODUCTO</b>	<b>nacido vivos, aunque hayan muerto poco después?.....</b> <b>nacido muertos?.....</b>	  
5.12 (NOMBRE) ¿cuántas pérdidas o abortos?	Ninguno ..... 0 No responde ..... 9	 Anote cantidad
5.13 (NOMBRE) ¿actualmente estás embarazada?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8	 
5.14 <b>SÓLO PARA MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS (5.11), SINO PASE A 5.20</b> (NOMBRE) ¿en qué mes y año nació tu último(a) hijo(a) nacido vivo?	No recuerda ..... 88 8888	 Mes  Año
5.15 <b>SÓLO PARA MUJERES CUYO ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO FUE DE 1994 A LA FECHA, SINO PASE A 5.20</b> (NOMBRE) cuando estuviste embarazada de tu último hijo ¿quién y cuántas veces te revisó por el embarazo? <b>ANOTE HASTA 2 OPCIONES</b>	Médico ..... 1 Enfermera ..... 2 Promotora, auxiliar o asist. de salud .. 3 Partera ..... 4 Otro personal ..... 7 Nadie ..... 0 No responde ..... 9	 Pers. Veces  Pers. Veces  <b>PASE A 5.17</b>
5.16 (NOMBRE) ¿cuántos meses de embarazo tenías cuando te revisaron por primera vez?	No recuerda ..... 88	 Meses
5.17 (NOMBRE) ¿quién te atendió de tu último parto?	Médico ..... 1 Enfermera ..... 2 Promotora, auxiliar o asist. de salud .. 3 Partera ..... 4 Pariente o familiar ..... 5 Otro personal ..... 7 Nadie ..... 0	   <b>PASE A 5.20</b>
5.18 (NOMBRE) ¿dónde te atendieron durante tu último parto?	Seguro Social (clínica u hospital) ..... 01 ISSSTE (clínica u hospital) ..... 02 SSA (centro de salud u hospital) ..... 03 IMSS Sol. (clínica u hospital) ..... 04 Otra institución de salud del gobierno.. 05 Consultorio, clínica u hospital privado .. 06 Casa de la partera ..... 07 Casa de la entrevistada ..... 08 Otro lugar ..... 77	 



<p>5.23</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>REVISE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR Y APLIQUE 5.23 SÓLO PARA EL MÉTODO QUE TENGA EL CÓDIGO MENOR. EN CASO DE HABER CONTESTADO SOLAMENTE LAS OPCIONES 09, 10, 77 O 99, PASE A 5.25</b> </div> <p>(NOMBRE) ¿dónde (conseguiste, te pusieron o te (lo, la) operaron)?</p>	<p style="text-align: right;">/ / /</p> <p>Seguro Social (clínica u hospital) ..... 01  ISSSTE (clínica u hospital) ..... 02  SSA (Centro de Salud u hospital) ..... 03  IMSS Sol. (clínica u hospital) ..... 04  DIF ..... 05  Otra institución de salud del gobierno .. 06  MEXFAM ..... 07  FEMAP ..... 08  Consultorio, clínica u hospital privado . 09  Farmacia ..... 10  Tienda de autoservicio ..... 11  Otro lugar ..... 77  No Sabe..... 88</p>	<p style="text-align: center;">PASE A 5.25</p>
<p>5.24 (NOMBRE) ¿cuál es la razón principal por la que actualmente no están haciendo algo para no tener hijos?</p>	<p style="text-align: right;">/ / /</p> <p>Está embarazada ..... 01  Quiere embarazarse ..... 02  No lo necesita  Es soltera, separada, viuda  o divorciada ..... 03  Por esterilidad de ella o su pareja ..... 04  Por ausencia temporal de su pareja 05  Porque dejó de tener relaciones  sexuales ..... 06  Teme a los efectos colaterales ..... 07  Tuvo efectos colaterales ..... 08  Se opone su pareja ..... 09  Tiene alguna enfermedad y refiere no  usar nada ..... 10  Está dando el pecho  Y no considera necesario usar  método ..... 11  Y cree que puede haber problemas  de salud ..... 12  Por razones religiosas ..... 13  No está de acuerdo en usar métodos .. 14  No conoce métodos ..... 15  No sabe como se usan los métodos .... 16  Otra razón ..... 77  No sabe ..... 88  No responde ..... 99</p>	
<b>PARA MUJERES DE 10 A 19 AÑOS, HOMBRES PASE A 6.1</b>		
<p>5.25 (NOMBRE) ¿a qué edad tuviste tu primera regla o menstruación?</p>	<p>No ha comenzado ..... 00</p>	<p style="text-align: right;">/ / / Anote edad en años</p>





