



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2019



Formato de muestras sanguíneas

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD _____

MUNICIPIO _____

LOCALIDAD _____

AGEB.....-_____

2. CONTROL DE LA VIVIENDA

UPM.....

NÚMERO DE VIVIENDA SELECCIONADA.....

3. CONTROL DE HOGARES

HOGAR [] DE [] EN LA VIVIENDA

4. DATOS DE LA PERSONA SELECCIONADA

NOMBRE _____ NÚMERO DE RENGLÓN []

5. DATOS DEL INFORMANTE

NOMBRE _____ NÚMERO DE RENGLÓN []

6. RESULTADO FINAL

DÍA [] MES [] RESULTADO []

CÓDIGOS:
a. Completa
b. Incompleta

7. RESPONSABLES

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA _____ CLAVE []

SUPERVISOR(A) ESPECIALISTA _____ CLAVE []

8. CONTROL DE PAQUETE

FOLIO DE PAQUETE _____

CONSECUTIVO DEL CUESTIONARIO EN EL PAQUETE _____

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 37, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: “Los datos que proporcionen para fines estadísticos los Informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico.”

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el **Artículo 45, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: “Los informantes del Sistema 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 prestarán apoyo a las mismas”.

RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo al Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor; “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y bienestar”.

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBE EL NOMBRE, NÚMERO DE RENGLÓN, SEXO Y EDAD DE LA PERSONA SELECCIONADA.

Nombre _____ N.R. Sexo H M Edad

PARA TODOS LOS SELECCIONADOS DE 1 AÑO O MÁS		PARA SELECCIONADOS DE 1 A 11 AÑOS 11 MESES Y DE 20 AÑOS O MÁS	
RESULTADO DE HEMOGLOBINA POR MUESTRA CAPILAR	HEMOGLOBINA POR MUESTRA CAPILAR	RESULTADO MUESTRA DE SANGRE VENOSA	HORA DE TOMA DE LA MUESTRA (FORMATO 24 HORAS)
1	2	3	4
REGISTRAR EL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA	ANOTAR LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA (HEMOCUE)	REGISTRAR EL RESULTADO DE LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA	ANOTAR LA HORA EN QUE FUE TOMADA LA MUESTRA UTILIZANDO EL FORMATO DE 24 HORAS
Sin problema 1 No cooperó 2 Se negó 3 No se encontró 4		Sin problema 1 Muestra incompleta 2 → PASA A 7 No se obtuvo muestra ... 3 No cooperó 4 Se negó 5 No se encontró 6	
CÓDIGO	g/dl	CÓDIGO	HH : MM
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>

PARA SELECCIONADOS DE 1 A 11 AÑOS 11 MESES Y DE 20 AÑOS O MÁS		PARA ADULTOS DE 20 AÑOS O MÁS	
HORAS DESDE EL ÚLTIMO ALIMENTO	SANGRE SIN ANTICOAGULANTE		SANGRE CON ANTICOAGULANTE
5	6	7	8
¿Cuántas horas pasaron desde que (NOMBRE) tomó el último alimento?	REGISTRAR EL NÚMERO DE ETIQUETA QUE TE ASIGNE EL SISTEMA DE CUESTIONARIO ELECTRÓNICO	¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar en la sangre? ANOTA UN CÓDIGO Sí 1 No 2 Sí, durante el embarazo ... 3 No sabe 9	REGISTRAR EL NÚMERO DE ETIQUETA QUE TE ASIGNE EL SISTEMA DE CUESTIONARIO ELECTRÓNICO
HORAS	ETIQUETA	CÓDIGO	ETIQUETA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARA SELECCIONADOS DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES Y MUJERES EMBARAZADAS	
PLOMO POR MUESTRA CAPILAR	CAUSA DE VALOR ELEVADO DE PLOMO
9	10
ANOTAR LA CONCENTRACIÓN DE PLOMO <i>Si la concentración de plomo es mayor o igual a 5 µg/dl, pasa a pregunta 10</i> <i>Si la concentración de plomo es mayor o igual a 25 µg/dl, realiza segunda medición</i>	(NOMBRE) tuvo valores elevados de plomo en sangre ¿a qué cree usted que se debe esto? ANOTA UN CÓDIGO Al uso de cazuela, ollas, platos u otros trastes de barro vidriado 1 Otro (especifica) 2 No sabe 9
µg/dl	CÓDIGO
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

CORREO ELECTRÓNICO: _____
 CELULAR: _____
 TELÉFONO FIJO: _____
 SI NO TIENE, SOLICITA:

TIPO Y NOMBRE DE VIALIDAD (CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO)

NÚM. EXT NÚM. INT. ASENTAMIENTO (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, ETC.)