

SECCIÓN 1. INDICADORES POSITIVOS, FACTORES DE RIESGO, COBERTURA DE ATENCIÓN A NIÑO SANO Y CONTROL DE DIT

APLICAR A NIÑOS/AS DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES		Código
<p>1.1 ¿Quién es la madre de (NOMBRE)?</p> <p>ENTREVISTADOR(A): ESTA PREGUNTA DEBE SER CONTESTADA POR USTED.</p>	<p> ____ ____ </p> <p>m0101_id</p> <p>No vive en el hogar.....99</p>	<p> ____ ____ </p> <p>99=> 1.3</p>
<p>1.2 ¿Cuál es el grado de estudios más alto de la madre de (NOMBRE)?</p> <p>m0102</p>	<p>Ninguno..... 66</p> <p>Preescolar..... 01</p> <p>Primaria..... 02</p> <p>Secundaria..... 03</p> <p>Preparatoria o bachillerato..... 04</p> <p>Normal básica..... 05</p> <p>Estudios técnicos o comerciales..... 06</p> <p>Normal de licenciatura..... 07</p> <p>Licenciatura o profesional..... 08</p> <p>Maestría..... 09</p> <p>Doctorado..... 10</p> <p>No responde..... 88</p> <p>No sabe..... 99</p>	<p> ____ ____ </p>
<p>FILTRO: Si en la pregunta 1.1 la respuesta fue código 99 continúe.</p> <p>Si en la pregunta 1.1 se identifica a la madre entre los integrantes del hogar (la madre vive en el hogar) entonces pase a 1.4 cuando el niño/a es menor de 2 años (0 a 23 meses); pase a la pregunta 1.10 cuando el niño/a tiene de 2 a 4 años (24 a 59 meses); pase la pregunta 4.5 cuando el niño/a tiene de 5 a 9 años</p>		
<p>1.3. Seleccione al cuidador/a que responde el cuestionario de niños de 0 a 9 años.</p> <p>ENTREVISTADOR(A): ESTA PREGUNTA DEBE SER CONTESTADA POR USTED.</p>	<p>m0103_id</p> <p> ____ ____ </p>	<p> ____ </p> <p>2 a 4 años=>1.10</p> <p>5 a 9 años=>4.5</p>
APLICAR SÓLO A LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS (0 a 23 MESES DE EDAD)		
<p>1.4. Cuando usted (la mamá) estaba embarazada de (NOMBRE), ¿quién y cuántas veces la revisó durante el embarazo?</p> <p>ANOTE HASTA 2 OPCIONES</p>	<p>Médico..... 1</p> <p>Enfermera..... 2</p> <p>Promotor(a), auxiliar o asistente de salud..... 3</p> <p>Partera profesional técnica..... 4</p> <p>Partera tradicional o empírica..... 5</p> <p>Otra persona..... 6</p> <p>Nadie..... 7</p> <p>No responde..... 8</p> <p>No sabe..... 9</p>	<p> M0104_1 </p> <p>Persona</p> <p> m0104a </p> <p>Veces</p> <p> M0104_2 </p> <p>Persona</p> <p> m0104b </p> <p>Veces</p> <p>7=>1.6</p> <p>8=>1.6</p> <p>9=>1.6</p>

1.5. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?	<p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ Meses</p> No responde..... No sabe..... 88 99	_ m0105_ Meses																																																							
1.6. ¿Quién la atendió al momento que nació (NOMBRE)?	Médico..... 1 Enfermera..... 2 Promotor(a), auxiliar o asistente de salud..... 3 Partera profesional técnica..... 4 Partera tradicional o empírica..... 5 Otra persona..... 6 Nadie..... 7 No responde..... 8 No sabe..... 9	_ m0106_ 7=>1.8 8=>1.8 9=>1.8																																																							
1.7. ¿Durante el embarazo o la atención del parto de (NOMBRE), algún personal de salud le habló sobre... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> m0107a m0107b m0107c m0107d m0107e m0107f m0107g m0107h m0107i m0107j </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">N/S</th> <th style="width: 5%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Los síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>B Los métodos de anticoncepción que puede usar después del parto?...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>C Los signos o síntomas de la depresión o ansiedad postparto?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>D Le explicaron o enseñaron como darle de mamar a su bebé?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>E La necesidad de tomar suplementos de hierro, ácido fólico y otras vitaminas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>F La ganancia de peso recomendada en el embarazo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>G Alimentación saludable durante el embarazo y la lactancia?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>H Hacer actividad física durante el embarazo y la lactancia?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>I Dar SOLO Leche materna y NO dar fórmula?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>J Le explicaron cómo amamantar?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	N/S		A. Los síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo?.....	1	2	9	_ _ _ _	B Los métodos de anticoncepción que puede usar después del parto?...	1	2	9	_ _ _ _	C Los signos o síntomas de la depresión o ansiedad postparto?.....	1	2	9	_ _ _ _	D Le explicaron o enseñaron como darle de mamar a su bebé?.....	1	2	9	_ _ _ _	E La necesidad de tomar suplementos de hierro, ácido fólico y otras vitaminas?.....	1	2	9	_ _ _ _	F La ganancia de peso recomendada en el embarazo?.....	1	2	9	_ _ _ _	G Alimentación saludable durante el embarazo y la lactancia?.....	1	2	9	_ _ _ _	H Hacer actividad física durante el embarazo y la lactancia?.....	1	2	9	_ _ _ _	I Dar SOLO Leche materna y NO dar fórmula?.....	1	2	9	_ _ _ _	J Le explicaron cómo amamantar?.....	1	2	9	_ _ _ _	
	Sí	No	N/S																																																						
A. Los síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo?.....	1	2	9	_ _ _ _																																																					
B Los métodos de anticoncepción que puede usar después del parto?...	1	2	9	_ _ _ _																																																					
C Los signos o síntomas de la depresión o ansiedad postparto?.....	1	2	9	_ _ _ _																																																					
D Le explicaron o enseñaron como darle de mamar a su bebé?.....	1	2	9	_ _ _ _																																																					
E La necesidad de tomar suplementos de hierro, ácido fólico y otras vitaminas?.....	1	2	9	_ _ _ _																																																					
F La ganancia de peso recomendada en el embarazo?.....	1	2	9	_ _ _ _																																																					
G Alimentación saludable durante el embarazo y la lactancia?.....	1	2	9	_ _ _ _																																																					
H Hacer actividad física durante el embarazo y la lactancia?.....	1	2	9	_ _ _ _																																																					
I Dar SOLO Leche materna y NO dar fórmula?.....	1	2	9	_ _ _ _																																																					
J Le explicaron cómo amamantar?.....	1	2	9	_ _ _ _																																																					
1.7a. Durante el embarazo o postparto, algún personal de salud le dio algún suplemento de...	Tabletas SOLO de hierro?..... 1 2 9 Tabletas de hierro y otras vitaminas/minerales?..... 1 2 9 Tabletas con ácido fólico?..... 1 2 9	m0107aa m0107ab m0107ac																																																							
1.8. Durante el primer mes de vida, ¿llevó a (NOMBRE) al médico?	Sí..... 1 No..... 2	m0108 2→1.10																																																							

Si la respuesta es SI en lactancia materna inciso (A) ⇒ Continúe con 1.12a Si la respuesta es No en lactancia materna inciso (A) o No responde pasa a la pregunta 1.12b.4					
1.12a. Desde que su niño/a nació, ¿en cuántas consultas le han hablado de la lactancia materna?	Número consultas: _____ _____				[_m0112aa_]
1.12b. ¿Qué tipo de información le dieron...	Sí	No	No responde	No sabe	Código
1) le preguntaron si tenía algún problema para amamantar y le dieron alguna recomendación para resolverlo?	1	2	8	9	[_m0112b1_]
2) le explicaron por cuánto tiempo dar solo pecho al niño/a?	1	2	8	9	[_m0112b2_]
3) le explicaron hasta qué edad amamantar al niño/a además de dar otros alimentos?	1	2	8	9	[_m0112b3_]
4) le explicaron cómo iniciar la alimentación complementaria?	1	2	8	9	[_m0112b4_]
5) le explicaron sobre cómo dar suplementos de vitaminas, hierro y otros minerales a su niño/a?	1	2	8	9	[_m0112b5_]
	Sí	No	No responde	No sabe	Código
1.13. El personal de salud, ¿le explicó sobre la forma de estimular el desarrollo y crecimiento de (NOMBRE) en el hogar?	1	2	8	9	[_m0113_]
1.14. Como parte de la consulta del niño sano, o en otra consulta, ¿le realizaron las siguientes pruebas a (NOMBRE), al menos una vez?					
A. Lo/la midieron?.....	1	2	8	9	m0114a
B. Lo/la pesaron?.....	1	2	8	9	m0114b
1.14d. Como parte de la consulta del niño sano, o en otra consulta ¿se le dio hierro y vitaminas a (NOMBRE)?					
INDAGUE PARA SABER LA PRESENTACIÓN DEL HIERRO Y VITAMINAS.					
	Polvos.....			1	
	Jarabes o gotas.....			2	
	Otras presentaciones (tabletas o gomitas)			3	m0114d
	No recibió.....			4	
	No responde.....			8	
	No sabe			9	
1.15. Como parte de la consulta del niño sano, o en otra consulta, ¿le realizaron alguna prueba a (NOMBRE) en la que evaluaron su desarrollo cognitivo, motor y emocional, por ejemplo, la prueba EDI u otra prueba de desarrollo infantil?					
INDAGUE PARA SABER SI SE LE REALIZÓ ESTA PRUEBA.					
	Sí.....			1	m0115
	No.....			2	2=> Siguiete sección
	No responde.....			8	8=> Siguiete sección

<p>1.16. ¿Sabe el resultado de esa prueba?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8</p>	<p>m0116 2=> Siguiete sección 8=> Siguiete sección</p>
<p>1.17 ¿Cuál fue el resultado?</p> <p>ENTREVISTADOR(A): MOSTRAR TARJETA DE SEMÁFORO.</p>	<p>Sin problemas de desarrollo/desarrollo normal (semáforo verde) 1 Algún problema/rezago de desarrollo (semáforo amarillo) 2 Problemas importantes en el desarrollo (semáforo rojo) 3 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>m0117 1=> Siguiete sección</p>
<p>1.18 ¿Qué otra atención recibió para este problema?</p> <p>ENTREVISTADOR: LEE LAS OPCIONES DE RESPUESTA. PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN.</p>	<p>Valoración adicional para el problema..... 1 Consulta con un especialista..... 2 Talleres sobre desarrollo infantil..... 3 Tratamiento de rehabilitación..... 4 Otro tipo de atención (especifique)_____ 5 No responde..... 8</p>	<p>M0118A M0118B M0118C M0118D M0118E m0118esp</p>

SECCIÓN 2. EDUCACIÓN

VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO/A

- Si el niño/a tiene de 0 a 2 años y 11 meses ⇒ Continúe con 2.1 y al terminar pasa a la siguiente sección
- Si el niño/a tiene de 3 a 4 años ⇒ Continúe con 2.4

<p>2.1 ¿Asiste (NOMBRE) a algún programa de cuidado o educación para la primera infancia tal como una estancia, guardería, jardín de niños o preescolar?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>m0201 2=> 2.3 8=> 2.3 9=> 2.3</p>
<p>2.2 Este programa o escuela, ¿es público o privado?</p>	<p>Público..... 1 Privado..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>m0202 Cualquier respuesta=> Siguiete sección</p>
<p>2.3 ¿Cuál es la razón por la que (NOMBRE) no va a una institución de cuidado o educación para la primera infancia?</p> <p>PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN.</p>	<p>No lo puedo pagar..... 1 Está muy lejos..... 2 No aprende mucho en la guardería..... 3 Está mejor en casa..... 4 No tengo tiempo de llevarlo/a..... 5 Otra (especifique)_____ 6 Está muy pequeño/a..... 7 No responde..... 8</p>	<p>M0203A M0203B M0203C M0203D M0203E M0203F M0203G m0203esp</p>

		Cualquier respuesta=> Siguiete sección
--	--	--

APLICAR SÓLO A NIÑOS/AS DE 3 a 4 AÑOS

2.4 ¿Asiste (NOMBRE) a algún programa de educación formal para la primera infancia como jardín de niños, kínder o preescolar?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0204 2=> 2.6 8=> 2.6 9=> 2.6
2.5 Este programa o escuela, ¿es público o privado?	Público..... 1 Privado..... 2 No responde..... 8 No sabe 9	m0205 Cualquier respuesta=> Siguiete sección
2.6 ¿Cuál es la razón por la que (NOMBRE) no va a una institución de educación formal para la primera infancia? <p align="center">PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN.</p>	No lo puedo pagar..... 1 Está muy lejos..... 2 No aprende mucho en la guardería/ preescolar..... 3 (NOMBRE) está mejor en casa..... 4 No tengo tiempo de llevarlo/a..... 5 Otra (especifique)..... 6 Está muy pequeño/a..... 7 No responde..... 8	M0206A M0206B M0206C M0206D M0206E M0206F M0206G m0206esp

SECCIÓN 3. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

APLICAR SÓLO A NIÑOS/AS DE 2 A 4 AÑOS 11 MESES

Me gustaría preguntarle sobre ciertas actividades que (NOMBRE) puede realizar actualmente. Tenga en cuenta que los niños/as se desarrollan y aprenden a ritmos diferentes. Por ejemplo, algunos empiezan a hablar antes que otros, o es posible que ya digan algunas palabras pero que aún no formen frases. Por lo tanto, no hay problema si su hijo/a no es capaz de realizar todas las actividades que se mencionan en este cuestionario. Puede avisarme si tiene cualquier duda acerca de qué respuesta escoger.

3.1 ¿(NOMBRE) puede caminar en una superficie irregular, por ejemplo, una calle accidentada o inclinada, sin caerse?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0301
3.2 ¿(NOMBRE) puede saltar levantando a la vez ambos pies del suelo?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0302

3.3 ¿(NOMBRE) puede vestirse, es decir, ponerse un pantalón y una camiseta, sin ayuda?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0303
3.4 ¿(NOMBRE) puede abrochar y desabrochar botones sin ayuda?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0304
3.5 ¿(NOMBRE) puede decir 10 o más palabras, como “mamá” o “pelota”?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0305
3.6 ¿(NOMBRE) puede hablar usando oraciones de 3 o más palabras que van juntas, por ejemplo, “yo quiero agua” o “la casa es grande”?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0306 2=> 3.8 8=> 3.8 9=> 3.8
3.7 ¿(NOMBRE) puede hablar usando oraciones de 5 o más palabras que van juntas, por ejemplo, “la casa es muy grande”?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0307
3.8 ¿(NOMBRE) puede usar correctamente cualquiera de las palabras “yo”, “tú”, “ella,” o “él”, por ejemplo, “yo quiero agua” o “él come arroz”?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0308
3.9 Si le muestra a (NOMBRE) un objeto que (él/ella) conoce bien, como una taza o un animal, ¿puede (él/ella) nombrarlo de forma sistemática? Por “sistemática” nos referimos a que (él/ella) utiliza la misma palabra para referirse al mismo objeto, aunque la palabra que emplee no sea del todo correcta	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0309
3.10 ¿(NOMBRE) puede reconocer al menos 5 letras del alfabeto?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0310
3.11 ¿(NOMBRE) puede escribir su nombre?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0311
3.12 ¿(NOMBRE) puede reconocer todos los números del 1 al 5?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0312
3.13 Si le pide a (NOMBRE) que le de 3 objetos, como 3 piedras o 3 frijoles, ¿(él/ella) le da la cantidad correcta?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0313

3.14 ¿(NOMBRE) puede contar 10 objetos, por ejemplo, 10 dedos o 10 cubos, sin errores?	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0314
3.15 ¿(NOMBRE) puede realizar una actividad, como colorear, sin pedir ayuda varias veces o darse por vencido/a demasiado rápido?	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0315
3.16 ¿(NOMBRE) pregunta por personas familiares, que no sean sus padres, cuando no se encuentran presentes?, por ejemplo, “¿Dónde está la abuela?”	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0316
3.17 ¿(NOMBRE) se ofrece a ayudar a alguien que parece necesitar ayuda?	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0317
3.18 ¿(NOMBRE) se lleva bien con otros niños/as?	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0318
3.19 ¿Con que frecuencia parece estar (NOMBRE) muy triste o deprimido/a? ¿Diría que: diariamente, semanalmente, mensualmente, algunas veces al año o nunca?	Diariamente..... 1 Semanalmente..... 2 Mensualmente..... 3 Algunas veces al año..... 4 Nunca..... 5 No sabe..... 9	m0319

SECCIÓN 4. CALIDAD DEL CONTEXTO

APLICAR A NIÑOS/AS DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES						
4.1 ¿Cuántos libros para niñas y niños o libros con dibujos tiene para (NOMBRE)?	Ninguno..... 00 Número de libros para niños/as... _____ _____ Diez o más libros..... 10 No responde..... 88					m0401
4.2 Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (NOMBRE) juega cuando está en casa. ¿Juega con:	SÍ	No	NR	NS		
A) Juguetes caseros (tales como muñecas, autos u otros juguetes elaborados en el hogar?	1	2	8	9	m0402a	
B) Juguetes de una tienda o fabricados?	1	2	8	9	m0402b	

C) Objetos del hogar (como trastes u ollas) u objetos que se encuentran en el exterior del hogar (como palos, piedras, u hojas)?	1	2	8	9	m0402c
--	---	---	---	---	--------

4.3 A veces, los adultos que cuidan a los niños/as tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa, o por otros motivos, y deben dejar a los niños/as en casa. ¿Cuántos días en la última semana dejó a (NOMBRE): [A] solo/a durante más de una hora? [B] al cuidado de otro niño/a, es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora? SI LA RESPUESTA ES 'NINGÚN DÍA', ESCRIBA '0'	Número de días que lo dejó solo/a durante más de una hora..... ___	m0403a m0403b
	Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora..... ___ No responde..... 8 No sé..... 9	

4.4 En los <u>pasados 3 días</u>, ¿usted o alguien <u>del hogar mayor</u> de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (NOMBRE)?: ¿Quién participó en esta actividad con (NOMBRE)? SELECCIONA TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN						
	Madre	Padre	Otro	Nadie	NR	
[A] Leyó libros a (NOMBRE) o miró los dibujos de un libro con (NOMBRE)?	1	2	3	4	8	M0404AA M0404AB M0404AC
[B] Contó cuentos o historias a (NOMBRE)?	1	2	3	4	8	M0404BA M0404BB M0404BC
[C] Le cantó canciones a (NOMBRE) o cantó con (NOMBRE), incluso canciones de cuna?	1	2	3	4	8	M0404CA M0404CB M0404CC
[D] Llevó a (NOMBRE) a pasear fuera del hogar (más allá del jardín, patio o solar)?	1	2	3	4	8	M0404DA M0404DB M0404DC
[E] Jugó con (NOMBRE)?	1	2	3	4	8	M0404EA M0404EB M0404EC
[F] Dibujó, pintó, escribió o jugó a hacer garabatos en papel con (NOMBRE)?	1	2	3	4	8	M0404FA M0404FB M0404FC
[G] Jugó a nombrar objetos o colores, a contar objetos o a decir los números con (NOMBRE)?	1	2	3	4	8	M0404GA M0404GB M0404GC

VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO/A

Si el niño/a tiene de 0 a 11 meses ⇒ Pasa a la siguiente sección

Si el niño/a es mayor de 1 año (1 a 9 años) ⇒ Continúe con 4.5

4.5 Los adultos utilizan diversas maneras de enseñar a comportarse a los niños/as o de responder a un problema de comportamiento. Le voy a leer varias maneras que se utilizan y me gustaría que me dijera si usted o alguien más del hogar ha utilizado alguna de estas maneras con (NOMBRE) en el último mes.		Sí	No	NR	
A] Le quitaron permisos, le prohibieron algo que a (NOMBRE) le gusta o no lo/la dejaron salir de la casa.	Le quitaron algún privilegio.....	1	2	8	m0405a
[B] Le explicaron a (NOMBRE) por qué su comportamiento estuvo mal.	Le explicaron el comportamiento erróneo.....	1	2	8	m0405b
[C] Lo/la zarandearon o sacudieron.	Lo/la zarandearon o sacudieron.....	1	2	8	m0405c
[D] Le gritaron.	Le gritaron.....	1	2	8	m0405d
[E] Le dieron otra cosa que hacer.	Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....	1	2	8	m0405e
[F] Le dieron nalgadas o le pegaron en el trasero sólo con la mano.	Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro.....	1	2	8	m0405f
[G] Le pegaron en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro.	Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....	1	2	8	m0405g
[H] Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.	Le pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....	1	2	8	m0405h
[I] Le pegaron con la mano en la cara, en la cabeza o en las orejas.	Le pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....	1	2	8	m0405i
[J] Le pegaron con la mano en el brazo, en la pierna o en la mano.	Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....	1	2	8	m0405j
[K] Le dieron una paliza, es decir, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.		1	2	8	m0405k
4.6 ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño o una niña, él o ella debe ser castigado/a físicamente?	Sí.....	1			m0406
	No.....	2			
	No responde.....	8			
	No sabe/No opina.....	9			

SECCIÓN 5. VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS

Entrevistador: APLICAR A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES

Entrevistador: APLICAR A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES			
5.1 ¿En dónde nació (NOMBRE)?	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01	m0501
	IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02	m0501esp
	ISSSTE/ISSSTE Estatal.....	03	
	Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de salud.....	04	07=>5.5
	Otros públicos (PEMEX, Defensa, Marina, DIF)...	05	09=>5.5
	Consultorios pertenecientes a farmacias /Farmacias con consultorio médico.....	06	10=>5.5
	Otros privados (atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios)	07	
	Consultorio en domicilio particular de médico privado.....	08	
	Casa de la partera.....	09	

	Casa de la entrevistada..... 10 Otro (especifique)..... 11 No sabe/No recuerda..... 12	
5.2 Antes de salir del hospital / clínica o centro de salud donde nació (NOMBRE), ¿le aplicaron la vacuna contra la Tuberculosis (BCG)? (se aplica preferentemente en el brazo derecho y generalmente deja cicatriz)	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0502
5.3 Antes de salir del hospital / clínica o centro de salud en donde nació (NOMBRE), ¿le aplicaron la vacuna contra la Hepatitis B? (se aplica preferentemente en la pierna izquierda)	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0503
5.4 Antes de salir del hospital/clínica o centro de salud donde nació (NOMBRE), ¿le entregaron la Cartilla Nacional de Salud?	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0504
5.5 ¿En qué lugar le entregaron la Cartilla Nacional de Salud de (NOMBRE)?	No tiene cartilla..... 66 Registro civil..... 00 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01 ISSSTE..... 02 ISSSTE Estatal..... 03 PEMEX..... 04 Defensa..... 05 Marina..... 06 Centro de salud u Hospital de la SSA..... 07 IMSS BIENESTAR (antes Oportunidades)..... 08 DIF federal, estatal o municipal..... 09 Cruz roja/cruz verde..... 10 Instituto Nacional de Salud..... 11 Organizaciones (ONG/OSC) que dan atención gratuita..... 12 Consultorio de farmacias..... 13 Consultorio, clínica u hospital privado..... 14 En la escuela..... 15 Guardería/Estancia infantil..... 16 Personal de salud acudió a su domicilio..... 17 Otra _____ 77 Especifique NS/NR..... 99	66=>5.10 m0505 m0505esp
5.6 ¿Me puede mostrar la Cartilla Nacional de Salud y/o documento probatorio?	Sí, muestra la Cartilla..... 1 Sí, muestra documento probatorio o comprobante..... 2 Sí tiene, pero no la mostró..... 3 No tiene Cartilla..... 4 No responde..... 8 No sabe..... 9	2=>5.24 3,4,8,9=>5.10 m0506
5.7. Si muestra Cartilla ¿Qué Cartilla tiene?	Electrónica con “chip”, código de barras, estampa o etiqueta, con la que la enfermera identifica la información del niño o niña en la “tableta” 1 Cartilla no electrónica “sin chip”..... 2	m0507

5.8 ¿La Cartilla tiene información registrada?	Sí tiene información..... 1 No tiene información..... 2	1=>5.24 m0508
5.9 Tiene Cartilla Nacional de Salud, pero no tiene ninguna información registrada debido a:	No se ha vacunado..... 1 Se vacunó, tiene Documento probatorio o comprobante pero no lo mostró..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0509 1=>5.35 2=>5.11 8 y 9 =>5.11
5.10 Si no tiene Cartilla, ¿por qué no la tiene?	No me la han dado..... 1 La extravié..... 2 No me han dado la reposición..... 3 No la tiene disponible en este momento..... 4 Vivienda afectada por sismo u otro desastre natural..... 5 Otra..... 6 No responde..... 8 No sabe..... 9	m0510

FILTRO: APLICAR A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES QUE NO MOSTRARON CARTILLA

ENTREVISTADOR: EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS POR FAVOR SIGA LOS LINEAMIENTOS

1. Realice las preguntas 5.11 a 5.22, pregunte si el niño(a) cuenta con la vacuna específica (preguntas 5.12 a 5.22c) y según corresponda de acuerdo a la edad y esquema de vacunación continúe con la siguiente pregunta de vacunación.
2. Para cada vacuna reportada como aplicada, marque el código que corresponde: 1, 2, 8 o 9, marque solo uno.
3. Para cada vacuna reportada como aplicada pregunte cuántas veces se la han puesto.

5.11. Me puede decir que vacunas le ha puesto a (NOMBRE)	Sí la mencionó.....1 No la mencionó.....2 No responde.....8 No sabe.....9	m0511
5.12. TUBERCULOSIS (BCG) (se pone al nacer en el brazo y generalmente deja cicatriz).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.12a m0512 m0512v Cuántas veces
5.13. HEPATITIS B (se pone al nacer, 2 y 6 meses, o a los 2, 4 y 6 meses, inyectada en pierna (muslo).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.13a m0513 m0513v Cuántas veces
5.14. PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+Hib (DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO b (se pone a los 2, 4, 6 y 18 meses), inyectada en pierna (muslo).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.14a m0514 m0514v Cuántas veces
5.14.1. HEXAVALENTE DPaT+VPI+Hib+HepB (DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS, HEPATITIS B, E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO b (se pone a los 2, 4, 6 y 18 meses), inyectada en pierna (muslo).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.14.1a m05141 m0514v1 Cuántas veces
5.15. ROTAVIRUS (GASTROENTERITIS CAUSADA POR ROTAVIRUS) (se pone a los 2, 4 y 6 meses. Por vía oral con jeringa sin agua).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.15a m0515 m0515v Cuántas veces

5.16. NEUMOCÓCICA CONJUGADA (INFECCIONES POR NEUMOCOCO) (se pone a los 2, 4 y 12 meses inyectada en pierna (muslo)).	1 2 8 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.16a m0516 m0516v Cuántas veces
5.17. INFLUENZA (Neumonía por virus de la influenza A y B). Primera dosis a partir de los 6 meses de edad. Segunda dosis al mes de la primera dosis. Posteriormente una dosis cada temporada invernal hasta los 59 meses de edad. Inyectada en pierna (muslo) en niños de 6-18 meses, y en brazo (deltoides) en mayores de 18 meses)	1 2 8 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.17a m0517 m0517v Cuántas veces
5.18. SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (SRP, TRIPLE VIRAL) (se pone al año y refuerzo a los 6 años. Con jeringa, vía subcutánea en brazo (deltoides))	1 2 8 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.18a m0518 m0518v Cuántas veces
5.20. SARAMPIÓN, RUBÉOLA (SR) (refuerzo a los 6 años. Con jeringa vía subcutánea en brazo (deltoides))	1 2 8 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.20a m0520 m0520v Cuántas veces
5.21. DPT (DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS (Se pone refuerzo a los 4 años de edad. Inyectada en brazo (deltoides))	1 2 8 9 2, 8 y 9 => A LA SIGUIENTE VACUNA NO MENCIONADA	5.21a m0521 m0521v Cuántas veces
5.22. OTRAS VACUNAS Anote textual el nombre como lo exprese quien conteste el cuestionario, para vacunas no incluidas en el esquema básico del Programa de Vacunación Universal	1 2 8 9	5.22a m0522a m0522a_esp m0522av Cuántas veces
	¿Cuál? _____	5.22b m0522b m0522b_esp m0522bv Cuántas veces
	¿Cuál? _____	5.22c m0522c m0522c_esp m0522cv Cuántas veces

FILTRO: APLICAR A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS 11 MESES QUE MOSTRARON LA CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO. ANOTE LA FECHA REGISTRADA.

ENTREVISTADOR, TRANSCRIBA DE LA CARTILLA Y/O DOCUMENTO PROBATORIO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
Nota: Si el entrevistado muestra la cartilla, pero no cuenta con información, contestar "No" (2) en "Dosis", según el esquema para la edad.

RECUERDE: si la Cartilla tiene el dato escrito con LÁPIZ, la información NO debe ANOTARSE en ESTE cuestionario

VACUNA	ANOTE CÓDIGO			B) Fecha de la aplicación		
	DOSIS	EDAD	DOSIS Sí...1 No...2	Día	Mes	Año
5.24 TUBERCULOSIS (BCG)	Única	Al nacer	m0524	m0524d		
5.25 HEPATITIS B Si tiene la primera al nacer, registre dosis y la fecha y pase a la 2da a los 2 meses Si tiene la primera a los 2 meses registre dosis y la fecha y luego pase a la 2da a los cuatro meses y luego a tercera 6 meses	Primera	Al nacer	m0525_1	m0525d_1		
		2 meses	m0525_2	m0525d_2		
	Segunda	2 meses	m0525_3	m0525d_3		
		4 meses	m0525_4	m0525d_4		
		6 meses	m0525_5	m0525d_5		

5.26 PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+Hib (Difteria, Tos ferina, Tétanos, Poliomiélitis e Infecciones por H. influenza tipo b)	Primera	2 meses	m0526_1	m0526d_1			
	Segunda	4 meses	m0526_2	m0526d_2			
	Tercera	6 meses	m0526_3	m0526d_3			
	Cuarta	18 meses	m0526_4	m0526d_4			
5.26.1 HEXAVALENTE DPaT+VPI+Hib+HepB (DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS, HEPATITIS B, E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO b (se pone a los 2, 4, 6 y 18 meses), inyectada en pierna (muslo))	Primera	2 meses	m05261_1	m05261d_1			
	Segunda	4 meses	m05261_2	m05261d_2			
	Tercera	6 meses	m05261_3	m05261d_3			
	Cuarta	18 meses	m05261_4	m05261d_4			
5.27 DPT (Difteria, Tos ferina y Tétanos)	Refuerzo	4 años	m0527	m0527d			
5.28 ROTAVIRUS (Rotateq (RV5)) (Diarrea por Rotavirus)	Primera	2 meses	m0528_1	m0528d_1			
	Segunda	4 meses	m0528_2	m0528d_2			
	Tercera	6 meses	m0528_3	m0528d_3			
5.28.1 ROTAVIRUS (Rotarix (RV3)) (Diarrea por Rotavirus)	Primera	2 meses	m05281_1	m05281d_1			
	Segunda	4 meses	m05281_2	m05281d_2			
5.29 NEUMOCÓCICA CONJUGADA (infecciones por Neumococo)	Primera	2 meses	m0529_1	m0529d_1			
	Segunda	4 meses	m0529_2	m0529d_2			
	Refuerzo	12 meses	m0529_3	m0529d_3			
5.30 INFLUENZA	Primera	A partir de los 6 meses	m0530_1	m0530d_1			
	Segunda	Al mes de la primera dosis	m0530_2	m0530d_2			
	Una dosis cada temporada invernal	1 año	m0530_3	m0530d_3			
		2 años	m0530_4	m0530d_4			
		3 años	m0530_5	m0530d_5			
		4 años	m0530_6	m0530d_6			
5.31 SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis) Triple viral	Primera	1 año	m0531_1	m0531d_1			
	Segunda	6 años/18 meses	m0531_2	m0531d_2			
5.34 OTRAS VACUNAS (ANOTE TEXTUAL EL NOMBRE como aparece en la cartilla o documento comprobatorio)	ANOTE LA DOSIS		ANOTE LA FECHA				
			Día	Mes	Año		
	m0534_1 m0534n_1	m0534do_1	m0534d_1				
	m0534_2 m0534n_2	m0534do_2	m0534d_2				
m0534_3 m0534n_3	m0534do_3	m0534d_3					
5.35 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (NOMBRE) recibió Vitamina A en alguna Semana Nacional de Salud?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: center;"> _____ Veces</td> </tr> </table>					_____ Veces	m0535
		_____ Veces					
	Ninguna.....	0					
	... No sabe/No responde.....	9					

FILTRO NIÑOS DE 0 A 12 MESES CONTINÚE
NIÑOS DE 1 AÑO UN MES A 4 AÑOS 11 MESES PASA A LA SIGUIENTE SECCIÓN
NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS 11 MESES PASA A SECCIÓN 8. ACCIDENTES

<p>5.36 ¿A (NOMBRE) le realizaron la prueba del tamiz neonatal?</p> <p>SI RESPONDE "SI" Y MOSTRÓ LA CARTILLA VERIFIQUE EL DATO EN LA CARTILLA Y ANOTE EL CÓDIGO 1</p> <p>SI NO TIENE REGISTRO EN LA CARTILLA Y DICE QUE LE REALIZARON LA PRUEBA ANOTE CÓDIGO 2</p>	<p>Sí, y está registrado en la cartilla..... 1</p> <p>Sí, dice habersele realizado la prueba..... 2</p> <p>No le han realizado la prueba..... 3</p> <p>NS/NR..... 9</p>	<p>m0536</p>
<p>5.37 ¿Conoce el resultado de la prueba del tamiz neonatal?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS/NR..... 9</p>	<p>m0537</p>
<p>5.38 En los primeros 28 días de vida ¿le realizaron la prueba del Tamiz Neonatal Auditivo a (NOMBRE)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS/NR..... 9</p>	<p>m0538</p>
<p>5.39 ¿Cuál fue el resultado del tamiz neonatal auditivo?</p>	<p>Salió bien..... 1</p> <p>Le dijeron que requería otro tipo de estudio..... 2</p> <p>NS/NR..... 9</p>	<p>m0539</p>

SECCIÓN 6. ENFERMEDADES DIARREICAS

Entrevistador: APLICAR A NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES

<p>6.1 ¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde..... 8</p> <p>No sabe 9</p>	<p>m0601</p>
<p>6.2 En total, ¿cuántos días (lleva con/tuvo) diarrea (NOMBRE)</p>	<p>_____ _____ Días</p> <p>No responde..... 88</p> <p>No sabe 99</p>	<p>m0602</p>
<p>6.3 ¿Durante la diarrea (NOMBRE) ha tenido/tuvo fiebre o calentura?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde..... 8</p> <p>No sabe 9</p>	<p>m0603</p>

SI EL NIÑO (A) TIENE 2 O MÁS AÑOS PASA A 6.5

<p>6.4 ¿Durante la diarrea que tiene (o tuvo) (NOMBRE)...</p>	<p>continuó dándole pecho?..... 1 le dio más seguido el pecho?..... 2 le dio menos seguido el pecho?..... 3 le suspendió el pecho?..... 4 No le da pecho..... 5 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>m0604</p>
<p>6.5 Sin considerar la leche, ¿Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) diarrea...</p>	<p>continuó dando la misma cantidad de alimentos? 1 le dio más cantidad de alimentos?..... 2 le dio menos cantidad de alimentos?..... 3 suspendió todos los alimentos?..... 4 Aún no le da otro tipo de alimentos..... 5 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>m0605</p>
<p>6.6 Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) diarrea ¿a quién le ha pedido (o pidió) ayuda?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>PUEDE ANOTAR HASTA 3 OPCIONES</p> </div>	<p>A nadie01 Comadrona o partera02 Curandero(a) o hierbero(a)03 Encargado(a) de la farmacia04 Auxiliar o voluntario(a) de salud05 Promotor(a) de salud.....06 Enfermera(o)07 Médico.....08 Médico homeópata.....09 Otro (especifique).....77 No responde.....88 No sabe.....99</p>	<p>1=> 6.9 2=>6.9 3=>6.9 4=>6.9 M0606A M0606B M0606C m0606aesp 77=>6.9 88=>6.9 99=>6.9</p>
<p>6.7 ¿A qué institución de salud pertenece el (la) ¿(MENCIONE AL PERSONAL DE 6.6) que atendió a (NOMBRE)?</p> <p>REGISTRA LA INSTITUCIÓN PARA CADA PERSONA REGISTRADA EN LA PREGUNTA 6.6</p>	<p>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01 ISSSTE/ISSSTE Estatal..... 02 PEMEX..... 03 Defensa..... 04 Marina..... 05 Centro de Salud u Hospital de la SSA..... 06 IMSS Bienestar (antes Oportunidades) 07 Consultorios dependientes de farmacias... 08 Consultorio, clínica u hospital privado 09 Otro (<i>especifique</i>)..... 10 No sabe / No recuerda..... 99</p>	<p>m0607a m0607aesp m0607b m0607besp m0607c m0607cesp</p>
<p>6.8 El personal de salud ¿le recomendó que le diera Vida Suero Oral o soluciones rehidratantes a (NOMBRE)?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>m0608</p>

7.1 ¿Ha tenido gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos (NOMBRE) en las últimas dos semanas?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	1 2 8 9	m0701 Pasa a 7.12
7.2 Por esta(s) enfermedad(es), ¿(NOMBRE) ha tenido fiebre o calentura?	SÍ..... 1 No..... 2	1 2	m0702
7.3 Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo(a) con tos ¿Respiraba más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar o jadeaba?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9	1 2 8 9	m0703 Pasa a 7.5
7.4 ¿Esto se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o que moqueaba?	Problema en el pecho solamente..... 1 Nariz tapada o que moqueaba solamente..... 2 Ambos..... 3 Otros (especifique)..... 4 No responde..... 8 No sabe..... 9	1 2 3 4 8 9	m0704 m0704esp
7.5 ¿Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) gripa, tos, catarro, anginas, bronquitis o dolor de oídos...	comió menos? 1 comió más? 2 comió lo mismo? 3 No responde..... 8 No sabe..... 9	1 2 3 8 9	m0705
7.6 Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos, ¿a quién le ha pedido (o pidió) ayuda? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> PUEDA ANOTAR HASTA 3 OPCIONES </div>	A nadie..... 01 Comadrona o partera..... 02 Curandero o hierbero..... 03 Encargado de la farmacia 04 Auxiliar o voluntario de salud 05 Promotor de salud..... 06 Enfermera 07 Médico 08 Médico homeópata 09 Otro (especifique) 77 No responde 88 No sabe 99		01=>7.9a 02=>7.9a 03=>7.9a 04=>7.9a M0706A M0706B M0706C m0706aesp 77=>7.9a 88=>7.9a 99=>7.9a

<p>7.7 ¿A qué institución de salud pertenece el (la) (MENCIONE AL PERSONAL DE 7.6) que atendió a (NOMBRE)?</p> <p>REGISTRA LA INSTITUCIÓN PARA CADA PERSONA REGISTRADA EN LA PREGUNTA 7.6</p>	<p>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01 ISSSTE/ISSSTE Estatal..... 02 PEMEX..... 03 Defensa..... 04 Marina..... 05 Centro de Salud u Hospital de la SSA..... 06 IMSS Bienestar (antes Oportunidades) 07 Consultorios dependientes de farmacias..... 08 Consultorio, clínica u hospital privado..... 09 Otro (<i>especifique</i>)..... 10 No sabe / No recuerda..... 99</p>	<p>m0707a m0707aesp m0707b m0707besp m0707c m0707cesp</p>
<p>7.9a. ¿Le dio algún antibiótico a (NOMBRE) durante su enfermedad respiratoria?</p>	<p>Sí..... 1 No 2 No responde..... 8 No sabe 9</p>	<p>m0709a</p>
<p>7.12 ¿Qué molestias debe tener (NOMBRE) cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos, para que usted lo(a) lleve inmediatamente al médico?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES</p> </div>	<p>Respira rápido..... 01 Tiene dificultad para respirar 02 No come, ni bebe..... 03 Se pone frío(a) 04 Se ve más enfermo(a) 05 Más de tres días con calentura 06 Le salga pus del oído 07 Le aparecieron puntos blancos en la garganta..... 08 Otras molestias 77 Especifique No responde 88 No sabe 99</p>	<p>M0712A M0712B M0712C M0712D M0712E m0712esp</p>
<p>7.13 En los últimos tres meses, ¿algún médico le ha diagnosticado neumonía a (NOMBRE)?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>_____</p> <p>→ Pasa a 8.1 m0713</p>
<p>7.14 ¿(NOMBRE) estuvo hospitalizado(a) debido a la neumonía que presentó?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>_____</p> <p>→ Pasa a 8.1 m0714</p>
<p>7.15 ¿Cuántos días estuvo hospitalizado(a) (NOMBRE) por la neumonía que presentó?</p>	<p>_____ _____ _____ Días</p> <p>No responde..... 888 No sabe..... 999</p>	<p>m0715</p>

SECCIÓN 8. ACCIDENTES

APLICAR A LOS NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS

<p>8.1 ¿Sufrió (NOMBRE) algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>m0801 Pasa a 9.1</p>
<p>8.2 ¿Cómo fue que se accidentó (NOMBRE)?</p>	<p>Choque entre vehículos de 4 o más ruedas..... 01 Choque en motocicleta..... 02 Choque o atropellamiento como ciclista..... 03 Atropellado(a) como peatón..... 04 Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha..... 05 Caída a nivel de piso..... 06 Golpe con objeto, equipo o maquinaria..... 07 Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc..... 08 Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.)..... 09 Exposición a corriente eléctrica, radiación..... 10 Exposición a humo o fuego..... 11 Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras)..... 12 Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo..... 13 Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas..... 14 Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos..... 15 Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna..... 16 Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento..... 17 Exposición accidental a otros factores..... 18 NS/NR..... 99</p>	<p>01=> 8.3 02=> 8.4 03=> 8.4 04=>8.5 05=>8.3 06=>8.5 07=>8.5 08=>8.5 09=>8.5 10=>8.5 11=>8.5 12=>8.5 13=>8.5 14=>8.5 15=>8.5 16=>8.5 17=>8.5 18=>8.5 99=>9.1</p> <p>m0802</p>
<p>8.3. ¿Llevaba puesto el cinturón o iba en su silla porta infante?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>_____ Pasa a 8.5 m0803</p>
<p>8.4. ¿Llevaba puesto el casco?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8 No sabe..... 9</p>	<p>m0804</p>

<p>8.5. ¿En qué lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?</p>	<p>Hogar..... 01 Escuela..... 02 Trabajo..... 03 Vía pública..... 04 Campo..... 05 Antro, bar..... 06 Centro recreativo o deportivo..... 07 Establecimiento comercial..... 08 Otro..... 77 No responde..... 88 No sabe..... 99</p>	<p>m0805 m0805esp</p>
<p>8.6 ¿Dónde atendieron a (NOMBRE) cuando ocurrió el accidente?</p>	<p>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01 ISSSTE/ISSSTE Estatal..... 02 PEMEX..... 03 Defensa..... 04 Marina..... 05 Centro de Salud u Hospital de la SSA..... 06 IMSS Bienestar (antes Oportunidades)..... 07 DIF federal, estatal o municipal..... 08 Cruz Roja/Cruz Verde..... 09 Instituto Nacional de Salud..... 10 Organizaciones (ONG/OSC) que dan atención gratuita/Dispensario..... 11 Consultorios pertenecientes a farmacias /Farmacias con consultorio médico..... 12 Consultorio dentro de hospital privado..... 13 Área de urgencias/hospitalización dentro de hospital privado..... 14 Atención privada en torre de consultorios médicos o en una clínica sin camas de hospital privado..... 15 Consultorio en domicilio particular de médico privado..... 16 Atención privada en mi domicilio..... 17 Atención privada vía remota (teléfono, mensajes de texto, telemedicina)..... 18 Médico laboral (médico de la empresa)..... 19 Curandero, hierbero, naturista..... 20 Homeópata, partera, acupunturista..... 21 Otro (<i>especifique</i>)..... 22 No sabe / No recuerda..... 23 Ninguna..... 24</p>	<p>m0806 m0806esp</p>
<p>8.7 ¿Cuándo (NOMBRE) se accidentó la persona que le cuidaba estaba bajo los efectos de...</p>	<p>alcohol?..... 1 drogas? (<i>especifique</i>) 2 ambos?..... 3 Otro (<i>especifique</i>) 4 No estaba bajo efectos de alcohol o drogas..... 8 NS/NR..... 9</p>	<p>m0807 m0807esp</p>

8.8 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó a (NOMBRE) este accidente?	Ningún problema.....	1	m0808 m0808esp
	Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda)	2	
	Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos.....	3	
	Dificultad para oír.....	4	
	Dificultad para hablar.....	5	
	Dificultad para ver o ceguera.....	6	
	Otra limitación física o mental (especifique).....	7	
	NS/NR.....	9	

SECCIÓN 9. FUNCIONAMIENTO

APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 2 A 9 AÑOS
 Edad del niño/a 2 a 4 años y 11 meses continúe con 9.1
 Edad del niño/a de 5 a 9 años y 11 meses continúe con 9.17
 Niños menores de 2 años termina entrevista

FUNCIONAMIENTO EN NIÑOS/AS DE 2 A 4 AÑOS y 11 MESES

9.1 Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre ciertas dificultades que pueda tener (nombre). ¿(Nombre) usa anteojos?	Sí.....	1	m0901
	No.....	2	
9.2 ¿Usa (nombre) alguna prótesis auditiva?	Sí.....	1	m0902
	No.....	2	
9.3 ¿Usa (nombre) algún aparato o recibe ayuda para caminar?	Sí.....	1	m0903
	No.....	2	

En las siguientes preguntas, le pediré que me responda seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta usted diría que (nombre) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad

Entrevistador apóyate en la tarjeta de respuesta con las categorías durante las preguntas individuales cuando el/la entrevistado/a no use una categoría de respuesta:

Recuerde las cuatro posibles respuestas: usted diría que (nombre) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad

Verifique 9.1: ¿Usa anteojos?
 SI, 9.1=1 (PREGUNTA 9.4 Y POSTERIORMENTE PASA A FILTRO ANTES DE 9.6)
 NO, 9.1=2 (PREGUNTA 9.5)

9.4. Cuando (nombre) usa anteojos, ¿tiene dificultad para ver?	NINGUNA DIFICULTAD.....	1	m0904
	CIERTA DIFICULTAD.....	2	
9.5. ¿Tiene (nombre) dificultad para ver?	MUCHA DIFICULTAD.....	3	m0905
	LE RESULTA IMPOSIBLE VER.....	4	

Verifique 9.2: ¿El niño/a usa prótesis auditiva?
 SI, 9.2=1 (PREGUNTA 9.6 Y POSTERIORMENTE PASA A FILTRO ANTES DE 9.8)
 NO, 9.2=2 (PREGUNTA 9.7)

9.6. Cuando (nombre) usa la prótesis auditiva, ¿tiene dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	NINGUNA DIFICULTAD.....	1	m0906
	CIERTA DIFICULTAD.....	2	
9.7. ¿Tiene (nombre) dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	MUCHA DIFICULTAD.....	3	m0907
	LE RESULTA IMPOSIBLE OIR.....	4	

Verifique 9.3: ¿El niño/a usa algún aparato o recibe ayuda para caminar?		SI, 9.3=1 (PREGUNTA 9.8) NO, 9.3=2 (PREGUNTA 9.10)
9.8 Cuando (nombre) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar? Tenga en cuenta que la categoría 'Ninguna dificultad' no está disponible, ya que el niño/a usa equipo o recibe asistencia para caminar.	CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR..... 4	m0908
9.9 Cuando (nombre) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR..... 4	1=>9.11 2=>9.11 3=>9.11 4=>9.11 m0909
9.10 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para caminar?	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR..... 4	m0910
9.11 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para agarrar objetos pequeños con la mano?	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE AGARRAR OBJETOS PEQUEÑOS CON LA MANO..... 4	m0911
9.12 ¿Tiene (nombre) dificultad para entenderle?	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENTENDERLE..... 4	m0912
9.13 Cuando (nombre) habla, ¿tiene usted dificultad para entenderle?	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENTENDERLE..... 4	m0913
9.14 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para aprender cosas?	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE APRENDER..... 4	m0914
9.15 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para jugar?	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE JUGAR..... 4	m0915

<p>La siguiente pregunta tiene diferentes opciones de respuesta. Le leeré las opciones después de la pregunta.</p> <p>9.16 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿con qué frecuencia (nombre) da patadas, muerde o golpea a otros niños/as o adultos?</p> <p>¿Diría que: nunca, con la misma o menos frecuencia, con más o mucha más frecuencia?</p>	<p>NUNCA..... 1</p> <p>CON LA MISMA O MENOS FRECUENCIA..... 2</p> <p>MÁS FRECUENCIA..... 3</p> <p>MUCHA MÁS FRECUENCIA..... 4</p> <p>NO SABE..... 9</p>	<p>m0916</p>
---	---	--------------

FUNCIONAMIENTO EN NIÑOS/AS DE 5 A 9 AÑOS		
<p>9.17 Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de dificultades que su hijo/a puede tener (nombre).</p> <p>¿El(La) niño/a usa anteojos o lentes de contacto?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>m0917</p>
<p>9.18 ¿Usa (nombre) alguna prótesis auditiva?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>m0918</p>
<p>9.19 ¿Usa (nombre) algún aparato o recibe ayuda para caminar?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>m0919</p>
<p>En las siguientes preguntas, le pediré que me responda seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta, diría que (nombre) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad.</p> <p>Entrevistador: apóyese en la tarjeta de respuesta con las categorías durante las preguntas individuales cuando el/la entrevistado/a no use una categoría de respuesta:</p> <p>Recuerde las cuatro posibles respuestas: diría que tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) Le resulta imposible realizar la actividad.</p>		
<p>Verifique 9.17: ¿El niño/a usa anteojos o lentes de contacto?</p>	<p>SI, 9.17=1 (PREGUNTA 9.20 Y POSTERIORMENTE PASA A FILTRO ANTES DE 9.22)</p> <p>NO, 9.17=2 (PREGUNTA 9.21)</p>	
<p>9.20. Cuando (nombre) usa anteojos o lentes de contacto, ¿tiene dificultad para ver?</p> <p>9.21. ¿Tiene (nombre) dificultad para ver?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD..... 1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD..... 2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD..... 3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE VER..... 4</p>	<p>m0920</p> <p>m0921</p>
<p>Verifique 9.18 ¿El niño/a usa alguna prótesis auditiva?</p> <p>SÍ, 9.18=1 (PREGUNTA 9.22 Y POSTERIORMENTE PASA A FILTRO ANTES DE 9.24)</p> <p>NO, 9.18=2 (PREGUNTA 9.23)</p>		
<p>9.22 Cuando (nombre) usa la prótesis auditiva, ¿tiene dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?</p> <p>9.23 ¿Tiene (nombre) dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD..... 1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD..... 2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD..... 3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE OIR..... 4</p>	<p>m0922</p> <p>m0923</p>

Verifique 9.19 ¿Usa (NOMBRE) algún aparato o recibe ayuda para caminar?	Sí, 9.19=1..... (PREGUNTA 9.24) NO, 9.19=2..... (PREGUNTA 9.26)	
9.24 Cuando (nombre) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar 100 metros en terreno plano? Explique: Eso sería aproximadamente el largo de una cancha de fútbol. Tenga en cuenta que la categoría ‘Sin dificultad’ no está disponible, ya que el niño/a usa equipo o recibe asistencia para caminar.	CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100M..... 4	m0924 3=>9.28 4=>9.28
9.25 Cuando (nombre) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar 500 metros en terreno plano? Explique: Eso sería aproximadamente el largo de 5 canchas de fútbol. Tenga en cuenta que la categoría ‘Sin dificultad’ no está disponible, ya que el niño/a usa equipo o recibe asistencia para caminar.	CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500M..... 4	m0925 2=>9.28 3=>9.28 4=>9.28
9.26. En comparación con niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para caminar 100 metros en terreno plano? Explique: Eso sería aproximadamente el largo de una cancha de fútbol.	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100M..... 4	m0926 3=>9.28 4=>9.28
9.27. En comparación con niños/as de su misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para caminar 500 metros en terreno plano? Explique: Eso sería aproximadamente el largo de 5 canchas de fútbol.	NINGUNA DIFICULTAD..... 1 CIERTA DIFICULTAD..... 2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500M..... 4	m0927
9.28. ¿Tiene (nombre) dificultad para el cuidado propio, por ejemplo, para comer o vestirse solo/a?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENCARGARSE DE SU CUIDADO PROPIO.....4	m0928
9.29. Cuando (nombre) habla, ¿tiene dificultad para ser entendido/a por personas dentro de este hogar?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO.....4	m0929
9.30 Cuando (nombre) habla, ¿tiene dificultad para ser entendido/a por personas ajenas a este hogar?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO.....4	m0930
9.31. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para aprender cosas?	NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE APRENDER.....4	m0931

<p>9.32 En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para recordar cosas?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE RECORDAR.....4</p>	<p>m0932</p>
<p>9.33 ¿Tiene (nombre) dificultad para concentrarse en las actividades que le gustan?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE CONCENTRARSE.....4</p>	<p>m0933</p>
<p>9.34. ¿Tiene (nombre) dificultad para aceptar cambios en su rutina?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ACEPTAR CAMBIOS EN SU RUTINA..... 4</p>	<p>m0934</p>
<p>9.35. En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para controlar su comportamiento?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE CONTROLAR SU COMPORTAMIENTO..... 4</p>	<p>m0935</p>
<p>9.36 ¿Tiene (nombre) dificultad para hacer amigos?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD1 CIERTA DIFICULTAD2 MUCHA DIFICULTAD3 LE RESULTA IMPOSIBLE HACER AMIGOS.....4</p>	<p>m0936</p>
<p>Las siguientes preguntas tienen varias opciones de respuestas. Le leeré las opciones después de cada pregunta.</p>		
<p>9.37. Me gustaría saber con qué frecuencia se muestra (nombre) muy ansioso/a, nervioso/a o preocupado/a. ¿Diría que: diariamente, semanalmente, mensualmente, varias veces al año o nunca?</p>	<p>Diariamente..... 1 Semanalmente..... 2 Mensualmente..... 3 Varias veces al año..... 4 Nunca..... 5</p>	<p>m0937</p>
<p>9.38. Me gustaría saber con qué frecuencia se muestra (nombre) muy triste o deprimido/a. ¿Diría que: diariamente, semanalmente, mensualmente, varias veces al año o nunca?</p>	<p>Diariamente..... 1 Semanalmente..... 2 Mensualmente..... 3 Varias veces al año..... 4 Nunca..... 5</p>	<p>m0938</p>