

Salud Mesoamérica 2015 (SM2015)  
El Salvador  
2011  
Módulo 2B Salud de la Madre e Hijos

Identificación del Hogar		CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER
Segmento	Número de Hogar	

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR	DIRECCIÓN DEL HOGAR	TELÉFONO CELULAR

ENTREVISTADOR	CODIGO	RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA	01
		PARCIALMENTE COMPLETA	02
		LA PERSONA RECHAZÓ LA ENTREVISTA	03
		MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES	04
		VIVIENDA DESOCUPADA	05
		DIRECCIÓN DEL HOGAR NO ENCONTRADA	06
		OTRO MIEMBRO DEL HOGAR RECHAZÓ LA ENTREVISTA	07
		OTRO, PRECISAR	97

TOTAL VISITAS
---------------

SUPERVISOR	CODIGO	DÍA	MES	AÑO	OPERADOR CAPTURA	CODIGO	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN DE CONTROL	NÚMERO DE MIEMBROS	HORA DE INICIO	HORA	MIN	HORA DE TÉRMINO	HORA	MIN

Es este un hogar de reemplazo?	¿A qué hogar reemplaza?
SI 1	SEGMENTO
NO 2	HOGAR

Sección 2b Módulo 1 de la salud de la madre y los hijos  
APLICA para mujeres con hijos nacidos en los últimos 5 años

ENTREVISTADOR: AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE TODOS LOS PARTOS QUE TIUVO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. HABLEREMOS DE CADA UNO POR SEPARADO*			
(10.01) ¿Cuándo quedó embarazada de(NOMBRE DEL NIÑO), ¿quería usted quedar embarazada en ese momento?			
(10.02) ¿Quería esperar para tener un bebé más adelante o no quería (más) hijos?			
(10.03) ¿Cuanto tiempo más quería esperar? SI "NS" ESCRIBA 98 EN CANTIDAD Y NO ESCRIBA NADA EN UNIDAD			
SI MENOS DE UN AÑO, INDIQUE MESES			
Meses 1 Años 2 NS 98 NR 99			
CANTIDAD UNIDAD			
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)	NOMBRE DEL HIJO	
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

## Sección 2b Módulo 2 Atención prenatal

APLICA para mujeres con hijos nacidos en los últimos 5 años ENTREVISTADOR: AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE TODOS LOS PARTOS QUE TUVO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. HABLAREMOS DE CADA UNO POR SEPARADO\*

[illegible]

Sección 2b Módulo 2 Atención prenatal (CONT.)

Como parte de su atención prenatal, ¿se realizó alguno de los siguientes procedimientos por lo menos una vez mientras usted estaba embarazada de [NOMBRE DEL NIÑO]?

	(2a.03) ¿Dónde recibió atención prenatal cuando estaba embarazada con [NOMBRE DEL NIÑO]?	(2a.04) Entrevistador: Pregunte el nombre del establecimiento:  SI NS, ESCRIBA "NS"	(2a.05) ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando recibió por primera vez atención prenatal para este embarazo?	(2a.06) ¿Cuántas veces recibió atención prenatal durante este embarazo?  ANOTE LA CANTIDAD DE VECES	(2a.07) ¿Recibió usted asesoramiento sobre el embarazo?	(2a.08) ¿La pesaron?	(2a.09) ¿Se le tomó la presión sanguínea?	(2a.09)a ¿Se le dijo que tenía presión sanguínea alta?	(2a.10) ¿Entregó usted una muestra de orina?	(2a.11) ¿Entregó usted una muestra de sangre?	(2a.11)a ¿Se le dijo que tenía anemia?	(2a.12) ¿Se le hizo un análisis de sangre para detectar el azúcar en la sangre?	(2a.12)a ¿Se le dijo que tenía diabetes?	
	<div><div>CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)</div><div>CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)</div><div><div>HOSPITAL DE GOBIERNO</div><div>UNIDAD DE SALUD</div><div>UNIDAD O CASA DE SALUD COMUNITARIA</div><div>UNIDAD MÓVIL PÚBLICA</div><div>OTRO ESTABLECIMIENTO PÚBLICO</div><div>HOSPITAL PRIVADO</div><div>CENTRO MÉDICO PRIVADO</div><div>CONSULTORIO PRIVADO</div><div>OTRO ESTABLECIMIENTO PRIVADO</div><div>FARMACIA</div><div>INST. SALVADOREÑO DE SEGURO SOCIAL</div><div>PROMOTOR SALUD COMUNITARIO</div><div>CURANDERO TRADICIONAL</div><div>OTRO</div><div>NS</div></div><div><div>01</div><div>02</div><div>03</div><div>04</div><div>05</div><div>06</div><div>07</div><div>08</div><div>09</div><div>10</div><div>11</div><div>12</div><div>13</div><div>14</div><div>15</div><div>16</div><div>17</div><div>18</div><div>19</div><div>20</div><div>21</div><div>22</div><div>23</div><div>24</div><div>25</div><div>26</div><div>27</div><div>28</div><div>29</div><div>30</div><div>31</div><div>32</div><div>33</div><div>34</div><div>35</div><div>36</div><div>37</div><div>38</div><div>39</div><div>40</div><div>41</div><div>42</div><div>43</div><div>44</div><div>45</div><div>46</div><div>47</div><div>48</div><div>49</div><div>50</div><div>51</div><div>52</div><div>53</div><div>54</div><div>55</div><div>56</div><div>57</div><div>58</div><div>59</div><div>60</div><div>61</div><div>62</div><div>63</div><div>64</div><div>65</div><div>66</div><div>67</div><div>68</div><div>69</div><div>70</div><div>71</div><div>72</div><div>73</div><div>74</div><div>75</div><div>76</div><div>77</div><div>78</div><div>79</div><div>80</div><div>81</div><div>82</div><div>83</div><div>84</div><div>85</div><div>86</div><div>87</div><div>88</div><div>89</div><div>90</div><div>91</div><div>92</div><div>93</div><div>94</div><div>95</div><div>96</div><div>97</div><div>98</div><div>99</div><div>100</div></div><div>▶ 20.05</div></div>		<div>SEMANAS 01</div> <div>MESES 02</div> <div>CANTIDAD</div> <div>UNIDAD</div>		SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2 ▶ 20.10	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2 ▶ 20.12	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2 ▶ 20.13	SI 1 NO 2
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

Como parte de su atención prenatal, ¿se realizó alguno de los siguientes procedimientos por lo menos una vez mientras usted estaba embarazada de [NOMBRE DEL NIÑO]?																
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)	(20.13)	(20.14)	(20.15)	(20.16)	(20.17)	(20.18)	(20.19)	(20.20)	(20.21)	(20.22)	(20.23)	(20.24)	(20.25)	(20.26)	(20.27)	(20.28)
	¿Se le hizo la medición de fondo uterino, es decir, le midieron el tamaño del vientre?	¿Se le hizo un ultrasonido?	¿Hizo el médico una prueba para escuchar los latidos del corazón de su hijo cuando todavía estaba en su panza?	¿Le aplicaron una vacuna en el brazo para evitar que el bebé contrajera tétano, es decir, convulsiones después del parto?	¿Le indicaron las señales que podrían sugerir problemas con el embarazo y a las del virus del SIDA de la madre?	¿Se le dio información sobre las cosas que usted puede hacer para evitar contagiarse el virus del SIDA?	¿Se le dio información sobre realizarse un análisis para detectar el virus del SIDA?	¿Se le ofreció un análisis para detectar el virus del SIDA?	¿Se le realizó un análisis para detectar el virus del SIDA como parte de su atención prenatal? (NO DESEO SABER LOS RESULTADOS)	¿Se le dio asesoramiento sobre el parto en un establecimiento médico?	¿Se le aconsejó dar a luz en un establecimiento médico?	¿Se le dijo que debería hacerse una cesárea?	¿Se le asesoró acerca de hacer un plan de transporte?	¿Se le asesoró acerca de la anticoncepción después del parto?	¿Se le dio asesoramiento sobre el cuidado del niño?	
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

Entrevistador: Si la mujer dijo que le hicieron una prueba de VIH-SIDA, verificar 20.2 ] responda la pregunta 20.28. De otra manera, Pasar a la pregunta 20.31 ¿Dónde se realizó el análisis del virus del SIDA?		Entrevistador: Si EN 20.15 dijo que le habían administrando una inyección para prevenir tétano, responda la pregunta 20.31. De otra manera, Pasar a la pregunta 20.32							
<b>CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)</b> <b>CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)</b>									
(20.29)	SU CASA LA CASA DE OTRA PERSONA HOSPITAL DE GOBIERNO UNIDAD DE SALUD UNIDAD O CASA DE SALUD COMUNITARIA UNIDAD MOVIL PUBLICA CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR OTRO ESTABLECIMIENTO PUBLICO HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO PRIVADO UNIDAD MOVIL PRIVADA CLINICA PRIVADA DE PLANIFICACION FAMILIAR ASOCIACION DEMOGRAFICA SALVADOREÑA CENTRO PRIVADO INDEPENDIENTE DE ANALISIS Y ASESORAMIENTO VOLUNTARIO CLINICA PRIVADA BASADA EN UNA ESCUELA OTRO ESTABLECIMIENTO PRIVADO CARCEL FARMACIA PROMOTOR SALUD COMUNITARIO OTRO	01 ▶ 02 ▶ 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 98 ▶	(20.30) Entrevistador: Pregunta ¿Se le entregó un bono por asistir a sus controles prenatales? Si NS, ESCRIBA "NS" Si 1 No 2 ▶ 20.32	(20.31)a ANOTE EL MONTO DEL BONO SI LA RESPUESTA A 20.30 ES SI MONTO	(20.32) Durante este embarazo, ¿cuántas veces recibió una inyección contra el tétano? INGRESE CANTIDAD DE INYECCIONES	(20.33) En algún momento antes de este embarazo, ¿recibió usted alguna inyección contra el tétano? Si 1 No 2 ▶ 20.35 NS 98 ▶ 20.35 NR 99 ▶ 20.35	(20.33)a ANOTE LA CANTIDAD DE INYECCIONES	(20.34) ¿Hace cuántos años recibió usted su última inyección contra el tétano antes de este embarazo? SI NS, ANOTE 98	(20.35) Durante su embarazo de NOMBRE DEL NIÑO, antes del parto, ¿sufrió pérdidas de sangre por la vagina o su parte íntima de más de 2 tazas o 500ml? Si 1 No 2 NS 98 NR 99
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									



## Sección 2b Módulo 2 Atención prenatal (CONT.)

	(20.36)	(20.37)	(20.38)	(20.39)	(20.40)	(20.41)	(20.42)	(20.43)	(20.44)
	Durante este embarazo, ¿se le dieron o compró usted pastillas prenatales?	Durante todo el embarazo, ¿cuántos días tomó usted pastillas prenatales?	Excluyendo cualquier pastilla prenatal, durante este embarazo, ¿se le dieron o compró usted pastillas de hierro o jarabe de hierro?	Durante todo el embarazo, ¿cuántos días tomó usted pastillas o el jarabe de hierro?	Durante este embarazo, ¿tomó usted algún medicamento para parásitos intestinales?	Durante este embarazo, ¿tomó medicamento para impedirle contraer malaria?	¿Qué medicamentos tomó?	¿Cuántas veces tomó Primaquina durante este embarazo?	¿Recibió usted el Primaquina durante alguna consulta de atención prenatal, durante otra consulta a un establecimiento médico, o de otra fuente?
	ENTREVISTADOR: MUESTRE LAS PASTILLAS/JARABE.	SI NS, ANOTE -98	ENTREVISTADOR: MUESTRE PASTILLAS/JARABE.	SI NS, ANOTE -98				SI NS, ANOTE -98	
	1 2 ▶ 20.36 98 ▶ 20.38 99 ▶ 20.38	CANTIDAD DE DÍAS	1 2 ▶ 20.40 98 ▶ 20.40 99 ▶ 20.40	CANTIDAD DE DÍAS	1 SI 2 No 98 NS 99 NR	1 SI 2 No 98 NS 99 NR	1 Primaquina 2 Cloroquina 97 Otro 98 NS 99 NR	CANTIDAD DE VECES	1 Consulta Prenatal 2 Otra consulta al establecimiento 97 Otra fuente 98 NS 99 NR
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Sección 2b Módulo 3 Parto

APLICA para mujeres con hijos nacidos en los últimos 5 años ENTREVISTADOR: AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS

PREGUNTAS ACERCA DE TODOS LOS PARTOS QUE TUVO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. HABLAREMOS DE CADA UNO POR SEPARADO"

										(30.01) ¿Quién la atendió en el parto de [NOMBRE DEL NIÑO]? ENTREVISTADOR: HAGA PREGUNTAS PARA IDENTIFICAR A CADA MIEMBRO DEL PERSONAL Y REGISTRE A TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)											
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)											
<div>SI 1 NO 2 NS 98 NR 99</div>											
	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	ENFERMERA AUXILIAR	TECNICO DE LABORATORIO	PARTERA	PROMOTOR DE SALUD COMUNITARIO	DEPENDIENTE DE FARMACIA	CURANDERO TRADICIONAL	PARIENTE	OTRO	
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											



## Sección 2b Módulo 3 Parto (CONT.)

	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)	(30.02) ¿Dónde dio a luz a [NOMBRE DEL NIÑO]? SU CASA LA CASA DE OTRA PERSONA HOSPITAL DE GOBIERNO CLINICA PUBLICA/CS PUBLICO SALA MEDICA PUBLICA OTRO ESTABLECIMIENTO PUBLICO HOSPITAL PRIVADO CLINICA PRIVADA/CS PRIVADO SALA MEDICA PRIVADA OTRO ESTABLECIMIENTO PRIVADO OTRO NS NR	(30.03) Si eligió dar a luz en un establecimiento médico, ¿cuánto tiempo tardó en llegar allí?  SI ES MENOS DE UNA HORA, INDIQUE CUÁNTOS MINUTOS 01 ▶ 30:10 02 ▶ 30:10 03 04 05 06 07 08 09 10 97 ▶ 30:10 98 ▶ 30:10 99 ▶ 30:10	(30.04) ¿Qué tipo de transporte usó usted para llegar a establecimiento médico para dar a luz? A pie Vehículo privado Ambulancia Otro tipo de transporte público NS NR	(30.05) ¿A qué distancia de su casa está el establecimiento médico donde dio a luz?  SI NS ANOTE -98  KM	(30.06) Entrevistador: Pregunte el nombre del establecimiento:  SI NS, ESCRIBA "NS"	(30.07) ¿Se dirigió a este establecimiento porque hubo una emergencia o como parte de un parto planificado?  EMERGENCIA PARTO PLANIFICADO OTRO NS NR	(30.08) ¿[NOMBRE DEL NIÑO] nació por cesárea, es decir, le cortaron el vientre para sacar el bebé?  1 2 97 No 98 NS 99 NR	(30.09) ¿Se trató de una cesárea programada o de emergencia?  Programada 1 De emergencia 2 NS 98 NR 99
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Sección 2b Módulo 3 Parto (CONT.)

	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)	(30.10) [PREGUNTAR A TODAS LAS MADRES] ¿Cuántas horas pasaron desde las primeras contracciones hasta que nació el bebé?	(30.11) ¿Tuvo convulsiones antes del parto?	(30.12) Cuando nació [NOMBRE DEL NIÑO] ¿era muy grande, más grande que el promedio, promedio, más pequeño/a que el promedio o muy pequeño/a?	(30.13) ¿Pesaron a [NOMBRE DEL NIÑO] en el nacimiento?	(30.14) ¿Cuánto pesó [NOMBRE DEL NIÑO]?
			SI NO TUVO CONTRACCIONES: 97 SI NO SABE: -98 HORAS	SI No NS NR	Muy Grande 1 Más grande que el promedio 2 Promedio 3 Más pequeño que el promedio 4 Muy pequeño 5 NS 98 NR 99	SI No NS NR	Kilos 1 Libras 2 NS 98 NR 99
01							CANTIDAD UNIDAD
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

## Sección 2b Módulo 4 Atención Posparto y recuperación con relación a la madre

	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)	(40.01) ¿Sufró sangrado en exceso en el primer día después del nacimiento de (NOMBRE DEL NIÑO)? Sangrado en exceso significa más de 1 taza de sangre durante el período de 2 días	(40.02) Después de dar a luz a (NOMBRE DEL NIÑO), ¿controló alguien su salud? [ENC: SE REFIERE A LA MADRE]	(40.03) [PARA TODAS] ¿Cuánto tiempo después del parto se produjo este primer control?	(40.04) ¿Quién controló su salud en ese momento?  ENTREVISTADOR: HAGA PREGUNTAS PARA IDENTIFICAR A LA PERSONA MÁS CALIFICADA.	(40.05) ¿Controló alguien su salud mientras estaba todavía en el establecimiento?	(40.06) Mientras estaba en el establecimiento, ¿la controlaron cada 15 minutos durante la primera hora inmediatamente después del parto?
01			SI 1 SI 1	SI ES MENOS DE UNA SEMANA, INDIQUE CUANTOS DÍAS. SI ES MENOS DE UN DÍA INDIQUE CUÁNTAS HORAS	01 MEDICO 02 ENFERMERA PROFESIONAL 03 ENFERMERA AUXILIAR 04 TÉCNICO DE LABORATORIO 05 PARTERA 06 PROMOTOR COMUNITARIO DE SALUD 07 DEPENDIENTE DE FARMACIA 08 CURANDERO TRADICIONAL 09 PARIENTE 96 OTRO NS NS NR NR	ENTREVISTADOR: SI LA MUJER RESPONDIÓ EN LA PREGUNTA 30.02 QUE EL PARTO OCURRIÓ EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA (NO EN LA CASA), POR FAVOR RESPONDA LAS PREGUNTAS 40.05 - 40.09. DE OTRA MANERA ► 40.10	SI 1 SI 2 No NS NS NR NR	
02			No 2	2 ►40.07				
03			NS 98	98 ►40.07				
04			NR 99	99 ►40.07				
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Sección 2b Módulo 4 Atención Posparto y recuperación con relación a la madre (CONT.)

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)		(40.07)	(40.08)	(40.09)	(40.10)	(40.11)	(40.12)	(40.13)	(40.14)	(40.15)
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)		(40.07) ¿Cuánto tiempo se quedó en el establecimiento después del parto?	(40.08) Mientras estuvo en el establecimiento después del parto, ¿le hicieron un chequeo médico nuevamente antes de que le dieran el alta?	(40.09) ¿Alguien controló su salud después de dejar el establecimiento?	(40.10) [PARA TODAS] Una semana después del parto, ¿la examinó un proveedor de atención médica para ofrecerle cuidados posparto? En caso afirmativo, ¿ocurrió esto en su casa o en un establecimiento de atención médica?	(40.11) En el primer día después del parto, ¿examinó al bebé personal médico calificado?	(40.12) ¿Tuvo que ingresar el bebé a una unidad de terapia intensiva o cuidados intensivos de los recién nacidos?	(40.13) En los dos meses después de que nació [NOMBRE DEL NIÑO], ¿controló la salud del bebé algún trabajador de la salud o la partera?	(40.14) ¿Cuántas horas, días o semanas después del nacimiento de [NOMBRE DEL NIÑO] tuvo lugar el primer control de niño sano?	(40.15) ¿Quién controló la salud de [NOMBRE DEL NIÑO] en ese momento?
		SI ES MENOS DE UNA SEMANA, INDIQUE CUÁNTOS DÍAS, SI ES MENOS DE UN DÍA INDIQUE CUÁNTAS HORAS								ENTREVISTADOR: HAGA PREGUNTAS PARA IDENTIFICAR A LA PERSONA MÁS CALIFICADA.
		HORAS 01 DÍAS 02 SEMANAS 03 NS -98 NR -99	SI 1 No 2 NS 98 NR 99	SI 1 No 2 NS 98 NR 99	SI, en casa 1 SI, en un establecimiento de atención médica 2 NS 3 NR 99	SI 1 No 2 NS 98 NR 99	SI 1 No 2 NS 98 NR 99	SI 1 No 2 NS 98 NR 99	HORAS 01 DÍAS 02 SEMANAS 03 CANTIDAD UNIDAD	01 MÉDICO 02 ENFERMERA PROFESIONAL 03 ENFERMERA AUXILIAR 04 TÉCNICO DE LABORATORIO 05 PARTERA 06 PROMOTOR COMUNITARIO DE SALUD 07 DEPENDIENTE DE FARMACIA 08 CUIDADERO TRADICIONAL 09 PARIENTE 96 OTRO 98 NS 99 NR
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Sección 2b Módulo 4 Atención Posparto y recuperación con relación a la madre (CONT.)

	<div>(40.16) ¿Dónde tuvo lugar este primer control de [NOMBRE DEL NIÑO]?</div> <div>SU CASA 01 ▶ 40.18 LA CASA DE OTRA PERSONA 02 ▶ 40.18 HOSPITAL DE GOBIERNO 03 UNIDAD DE SALUD 04 UNIDAD O CASA DE SALUD COMUNITARIA 05 UNIDAD MÓVIL PÚBLICA 06 OTRO ESTABLECIMIENTO PÚBLICO 07 HOSPITAL PRIVADO 08 UNIDAD MÓVIL PRIVADA 09 OTRO ESTABLECIMIENTO PRIVADO 10 OTRO 97 NS 98 ▶ 40.18 NR 99 ▶ 40.18</div>	<div>(40.17) Entrevistador: Pregunte el nombre del establecimiento:  SI NS. ESCRIBA "NS"</div>	<div>(40.18) En los primeros dos meses después del parto, ¿recibió una dosis de vitamina A, como ésta/cualquiera de éstos) para su hijo?</div> <div>ENTREVISTADOR: MUESTRE TIPOS COMUNES DE AMPOLLETAS/ JARABES.</div> <div>SI 1 Si 1 No 2 No 2 NS 98 NS 98 NR 99 NR 99</div>	<div>(40.19) ¿Volvió a tener su período menstrual después del nacimiento de [NOMBRE DEL NIÑO]?</div> <div>ENTREVISTADOR: POR FAVOR RESPONDA A LA PREGUNTA 40.19 SÓLO CON RESPECTO AL NACIDO VIVO MÁS RECIENTE (BEBÉ 1). DE OTRA MANERA ▶ 40.20.</div> <div>SI 1 Si 1 No 2 No 2 NS 98 NS 98 NR 99 NR 99</div>	<div>ENTREVISTADOR: POR FAVOR RESPONDA A LA PREGUNTA 40.20 SÓLO CON RESPECTO A LOS EMBARAZOS ANTERIORES AL EMBARAZO DEL NIÑO DEL QUE ESTÁN ENTREVISTANDO. ¿LO QUE SE QUIERE ES TENER INFORMACIÓN ENTRE LOS EMBARAZOS, DE OTRA MANERA. ▶ 40.21.</div>	<div>(40.20) ¿Volvió a tener su período menstrual entre el nacimiento de [NOMBRE DEL NIÑO] y su siguiente embarazo?</div> <div>SI 1 No 2 NS 98 NR 99</div>	<div>(40.21) ¿Durante cuántos meses después del nacimiento de [NOMBRE DEL NIÑO] no tuvo un período menstrual?</div> <div>SI LA MENSTRUACIÓN NO HA VUELTO ANOTE 99 SI NS ANOTE 98</div>	<div>(40.22) ¿Durante cuántos meses después del nacimiento de [NOMBRE DEL NIÑO] no tuvo relaciones ?</div> <div>SI NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES DESDE EL NACIMIENTO ANOTE 99 SI NS ANOTE 98</div>
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)								
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)								
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								



## Sección 2b Módulo 5 Alimentación del bebé

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)		CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)		(50.01)	(50.02)	(50.03)	(50.04)	(50.05)	(50.06)
				¿Recibió alguna instrucción acerca de las maneras correctas de dar pecho o amamantar?	¿Alguna vez dio pecho a [NOMBRE DEL NIÑO]?	¿Cuánto tiempo después del parto le dio pecho a [NOMBRE DEL NIÑO] por primera vez?	¿Durante cuántos meses le dio solo pecho a [NOMBRE DEL NIÑO]? Me refiero a que sólo alimentó al bebé con leche materna, sin agua, fórmula infantil, leche de vaca, té, jugos, alimentos o "pachas" adicionales.	¿Todavía sigue dándole pecho a [NOMBRE DEL NIÑO]?	En los primeros tres días después del parto, ¿recibió [NOMBRE DEL NIÑO] otro alimento que no fuera leche materna?
				SI 1 No 2 NS 98 NR 99	SI 1 No 2 NS 98 NR 99	HORAS 01 DÍAS 02	SI MENOS DE UN MES AMOTAR 0 SIN ANOTAR 99	SI 1 No 2 NS 98 NR 99	SI, pacha 1 SI, otra cosa 2 No 3 NS 98 NR 99
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									



## Sección 2b Módulo 5 Alimentación del bebé (Cont.)

	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO (SECCIÓN 1)	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER (SECCIÓN 1)	(50.07) ¿Qué se le dio de beber a [NOMBRE DEL NIÑO] en los primeros tres días después del parto?	(50.08) ¿[NOMBRE DEL NIÑO] bebió algo de un biberón o pacita ayer por la noche?
			LECHE (NO MATERNA)    AGUA SOLA    AGUA CON AZÚCAR O GLUCOSA    AGUA DE ARROZ    SOLUCIÓN AGUA CON SAL    JUGO DE FRUTAS    FÓRMULA INFANTIL    TÉ / INFUSIONES    MIEL    OTRO    NS	Sí _____ 1 No _____ 2 NS _____ 98 NR _____ 99
	01			
	02			
	03			
	04			
	05			
	06			
	07			
	08			
	09			
	10			
	11			
	12			
	13			
	14			
	15			

Notas de Entrevista

ESCRIBA COMENTARIOS RELEVANTES PARA UNO O MÁS MIEMBROS DEL HOGAR SI FUERA NECESARIO

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			