



EL SALVADOR, ENCUESTA DE INDICADORES MÚLTIPLES  
POR CONGLOMERADOS, MICS 2014

CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS

**PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS** **UF**

*Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar).  
Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible.*

<b>UF1. Número de conglomerado:</b> _____	<b>UF2. Número de hogar:</b> _____
<b>UF3. Nombre del niño/a:</b> Nombre _____	<b>UF4. Número de línea del niño/a :</b> _____
<b>UF5. Nombre de la madre/persona encargada:</b> Nombre _____	<b>UF6. Número de línea de la madre/persona encargada:</b> _____
<b>UF7. Nombre y número de la entrevistadora:</b> Nombre _____	<b>UF8. Día/Mes/Año de la entrevista:</b> _____ / _____ / <b>2014</b>

*Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:*

SOMOS DE **MINSAL**. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (*nombre del niño/a de UF3*). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.

*Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:*

ME GUSTARÍA HABLARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (*nombre del niño/niña de UF3*) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

- Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.
- No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor

<b>UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años</b>  <i>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</i>	Completada .....01 Ausente.....02 Rechazo.....03 Completada parcialmente.....04 Incapacitada .....05  Otro ( <i>especifique</i> ) _____ 96
--	--

<b>UF10. Nombre y número del editor de campo:</b> Nombre _____	<b>UF11. Nombre y número del digitador de datos principales</b> Nombre _____
<b>UF12. Anote la hora.</b>	Hora y minutos..... : _____

EDAD		AG
<p><b>AG1.</b> AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>),</p> <p>¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta del nacimiento, registre también el día; de lo contrario, circule 98 para el día.</i></p> <p><i>Debe anotar el mes y el año.</i></p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <p>Día .....__ __</p> <p>No sabe día .....98</p> <p>Mes .....__ __</p> <p>Año .....__ __ __</p>	
<p><b>AG2.</b> ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ (<i>nombre</i>) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p> <p><i>Anote la edad en años completos.</i></p> <p><i>Anote '0' si tiene menos de 1 año.</i></p> <p><i>Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.</i></p>	<p>Edad (en años completos).....__</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<b>BR1.</b> ¿TIENE LA PARTIDA DE NACIMIENTO DE <i>(nombre)?</i>  <i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLA?	Sí, visto ..... 1	1⇒ Siguiete módulo 2⇒ Siguiete módulo
	Sí, no visto..... 2	
	No..... 3	
	No sabe ..... 8	
<b>BR2.</b> ¿HA SIDO ASENTADO EN LA ALCALDÍA EL NACIMIENTO DE <i>(nombre)?</i>	Sí ..... 1	1⇒ Siguiete módulo
	No..... 2	
	No sabe ..... 8	
<b>BR3.</b> ¿SABE CÓMO REGISTRAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO/A?	Sí..... 1	
	No..... 2	

**DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL**

**EC**

**EC1.** ¿CUÁNTOS LIBROS DE NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (*nombre*)?

Ninguno ..... 00  
 Número de libros de niños ..... 0 \_\_\_  
 Diez o más libros ..... 10

**EC2.** QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (*nombre*) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA.

¿JUEGA CON:

[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO HONDILLAS, CAPIRUCHO U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?

Juguetes caseros..... Sí No NS  
 ..... 1 2 8

[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?

Juguetes de tienda..... 1 2 8

[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO BOTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, CONCHAS DE ANIMALES U HOJAS)?

Objetos del hogar u objetos del exterior ..... 1 2 8

*Si el entrevistado responde “SÍ” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.*

**EC3.** 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 DURANTE MÁS DE UNA HORA?

Número de días que lo dejó solo 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?

Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora.. \_\_\_

*Si la respuesta es ‘ningún día’, escriba ‘0’.  
 Si la respuesta es ‘no sé’, escriba ‘8’*

**EC4.** Verifique AG2: Edad del niño/a

Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5

Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Pase al módulo siguiente (Lactancia e Ingesta Alimentaria)

**EC5.** ¿ASISTE (*nombre*) A ALGÚN PROGRAMA DE APRENDIZAJE ORGANIZADO O DE APRENDIZAJE TEMPRANO, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN INFANTIL O CUIDADO INFANTIL COMUNITARIO?

Sí ..... 1  
 No ..... 2  
 No sabe ..... 8

<p><b>EC7.</b> EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿UD. O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (<i>nombre</i>): Si es “SÍ”, pregunte: ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)?  Circule todas las opciones que apliquen.</p> <p>[A] LEYÓ LIBROS A (<i>nombre</i>) O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] CONTÓ CUENTOS A (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[C] LE CANTÓ CANCIONES A (<i>nombre</i>) O CANTÓ CON (<i>nombre</i>), INCLUSO CANCIONES DE CUNA?</p> <p>[D] LLEVÓ A (<i>nombre</i>) A PASEAR FUERA DE LA CASA, A ALGÚN RECINTO, PATIO U OTRO LUGAR?</p> <p>[E] JUGÓ CON (<i>nombre</i>) ?</p> <p>[F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A (<i>nombre</i>) O CON (<i>nombre</i>) ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leyó libros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Contó cuentos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Cantaron canciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó fuera</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jugó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nombró/contó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	Leyó libros	A	B	X	Y	Contó cuentos	A	B	X	Y	Cantaron canciones	A	B	X	Y	Lo llevó fuera	A	B	X	Y	Jugó	A	B	X	Y	Nombró/contó	A	B	X	Y	
	Madre	Padre	Otro	Nadie																																	
Leyó libros	A	B	X	Y																																	
Contó cuentos	A	B	X	Y																																	
Cantaron canciones	A	B	X	Y																																	
Lo llevó fuera	A	B	X	Y																																	
Jugó	A	B	X	Y																																	
Nombró/contó	A	B	X	Y																																	
<p><b>EC8.</b> ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>). LOS NIÑOS/AS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>).  ¿PUEDE (<i>nombre</i>) IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2  No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC9.</b> ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, POPULARES?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2  No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC10.</b> ¿SABE (<i>nombre</i>) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2  No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC11.</b> ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2  No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC12.</b> ¿SE SIENTE (<i>nombre</i>) A VECES DEMASIADO ENFERMO COMO PARA JUGAR?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2  No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC13.</b> ¿PUEDE (<i>nombre</i>) SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2  No sabe ..... 8</p>																																				
<p><b>EC14.</b> CUÁNDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE (<i>nombre</i>) HACERLO POR SÍ SOLO/A?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2  No sabe ..... 8</p>																																				

<b>EC15.</b> ¿SE LLEVA ( <i>nombre</i> ) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
<b>EC16.</b> ¿ ( <i>Nombre</i> ) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8	
<b>EC17.</b> ¿ SE DISTRAE ( <i>nombre</i> ) FÁCILMENTE?	Sí..... 1 No ..... 2  No sabe..... 8	

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD		
<b>BD1. Verifique AG2: edad del niño/a</b> <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con BD2 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES				
<b>BD2. ¿HA SIDO AMAMANTADO (nombre) ALGUNA VEZ?</b>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	2⇒BD4 8⇒BD4		
<b>BD3. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO/A?</b>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
<b>BD4 AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (nombre) ALGÚN LÍQUIDO DE UNA BOTELLA CON BIBERÓN (PACHA)?</b>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
<b>BD5. ¿TOMÓ (nombre) ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?</b>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
<b>BD6. ¿TOMÓ O COMIÓ (nombre) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS O MINERALES O ALGÚN MEDICAMENTO EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?</b>	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8			
<b>BD7. AHORA QUISIERA PREGUNTARLE SOBRE LOS LÍQUIDOS QUE (nombre) PUEDA HABER TOMADO AYER DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE. ME INTERESA SABER SI (nombre) INGIRIÓ ALGO AÚN SI FUE EN COMBINACIÓN CON OTROS ALIMENTOS.</b>  POR FAVOR, INCLUYA LOS LÍQUIDOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.  ¿BEBIÓ (nombre) (nombre del ítem) AYER DURANTE EL DÍA O DE NOCHE?		Sí    No    NS		
[A] AGUA SOLA (SIN ADITIVOS)?	Agua sola	1	2	8
[B] JUGO O BEBIDAS DE JUGO?	Jugo o bebidas de jugo	1	2	8
[C] SOPA (SIN VEGETALES NI CARNES)?	Sopa de vegetales o de alguna hoja verde	1	2	8
[D] LECHE ENVASADA, EN POLVO O LECHE FRESCA?	Leche	1	2	8
<i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (nombre) LECHE?</i> <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i> <i>Si es desconocido, guarde '8'.</i>	Número de veces que bebió leche.....	__		
[E] LECHE DE FÓRMULA PARA BEBÉS?	Leche de fórmula	1	2	8
<i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES BEBIÓ (nombre) LECHE DE FÓRMULA?</i> <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i> <i>Si es desconocido, guarde '8'.</i>	Número de veces bebió leche de fórmula.....	__		
[F] ALGÚN OTRO LÍQUIDO? (Especifique)_____	Otro líquido	1	2	8

<p><b>BD8.</b> AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (<i>nombre</i>) DURANTE EL DÍA O DE NOCHE., ESTOY INTERESADA EN SABER SI (<i>nombre</i>) CONSUMIÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.</p> <p>POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.</p> <p>COMIÓ (<i>nombre</i>) AYER (<i>nombre del alimento</i>) DE DÍA O DE NOCHE:</p>				
		Sí	No	NS
[A] YOGURT?	Yogurt	1	2	8
<p><i>Si es sí:</i> CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (<i>nombre</i>)?  <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i>  <i>Si es desconocido, guarde '8'.</i></p>		Número de veces que comió/bebió yogurt —		
[B] ALGÚN ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBES TIPO <b>Cerelac o Gerber?</b>	Cerelac/Gerber	1	2	8
[C] PAN, ARROZ, PASTA, CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	¿Alimentos elaborados con granos?	1	2	8
[D] CALABAZA, ZANAHORIAS, CALABACÍN, PATATAS DULCES (CAMOTE) QUE SON DE COLOR AMARILLO O NARANJA EN SU INTERIOR?	Calabaza, zanahoria, camote, calabacín, etc.	1	2	8
[E] PAPAS BLANCAS, ÑAME BLANCO, YUCA, O CUALQUIER ALIMENTO ELABORADO A PARTIR DE LAS RAÍCES?	Papas blancas, ñame blanco, mandioca, etc.	1	2	8
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS (CHIPILÍN, MORA)?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8
[G] MANGOS MADUROS, PAPAYAS ?	Mangos maduros	1	2	8
[H] ALGUNA OTRA FRUTA O VERDURA?	Otras frutas o verduras	1	2	8
[I] HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTROS ÓRGANOS DE CARNES?	Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes	1	2	8
[J] CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE DE RES, CERDO, CORDERO, CABRA, POLLO O PATO?	carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, etc.	1	2	8
[K] HUEVOS?	Huevos	1	2	8
[L] PESCADO O MARISCOS FRESCOS O SECOS?	Pescado fresco o seco	1	2	8
[M] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE FRIJOLE, GUI SANTES, LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de frijoles, guisantes, etc.	1	2	8
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE?	Queso u otros alimentos hechos con leche	1	2	8
[O] CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? <i>(Especifique)</i> _____	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8
<p><b>BD9.</b> Verifique BD8 (Categorías de la "A" a la "O")</p> <p><input type="checkbox"/> Al menos un "sí" o todo "NS" ⇒ Vaya a BD11</p> <p><input type="checkbox"/> Otra cosa ⇒ Continúe con BD10</p>				
<p><b>BD10.</b> Averigüe para determine si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos suaves ayer durante el día o la noche</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya al siguiente módulo</p> <p><input type="checkbox"/> El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇒ Regrese a BD8 y guarde los alimentos comidos ayer [A a O]. Cuando haya terminado, continúe con BD11</p>				
<p><b>BD11.</b> ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (<i>nombre</i>) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O A LA NOCHE?  <i>Si es 7 o más veces, guarde '7'.</i></p>	<p>Número de veces..... —</p> <p>NS..... 8</p>			



<p><b>IM5.</b> ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA TARJETA, ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN CAMPAÑAS O JORNADAS DE VACUNACIÓN O DÍAS DE LA SALUD DE LA INFANCIA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí⇒Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM18</p> <p><input type="checkbox"/> No/NS⇒Continúe con IM18</p>		
<p><b>IM6.</b> ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA CAMPAÑA O JORNADA DE VACUNACIÓN?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM18</p> <p>8⇒IM18</p>
<p><b>IM7.</b> ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO IZQUIERDO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	
<p><b>IM8.</b> ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA VACUNA EN GOTAS EN LA BOCA PARA PROTEGERLO DE LA POLIO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM11</p> <p>8⇒IM11</p>
<p><b>IM10.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA POLIO?</p>	<p>Número de veces.....</p>	
<p><b>IM11A.</b> ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) LA VACUNA PENTAVALENTE; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL MUSLO, PARA PREVENIR EL TÉTANO, LA TOS FERINA, LA HEPATITIS B, LA INFLUENZA TIPO B O LA DIFTERIA?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna Pentavalente algunas veces se aplica en el mismo momento que la Polio</i></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM16</p> <p>8⇒IM16</p>
<p><b>IM12A.</b> ¿CUÁNTAS VECES SE LE DIO LA VACUNA PENTAVALENTE?</p>	<p>Número de veces.....</p>	
<p><b>IM16.</b> ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA EL SARAPIÓN (O MMR O MR); ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO A LOS 12 MESES DE NACER O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA EL SARAPIÓN, LAS PAPERAS O LA RUBEOLA?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	
<p><b>IM17A.</b> ¿RECIBIÓ ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) INYECCIONES DE LA VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO; ES DECIR, UNA INYECCIÓN PARA EVITAR LA NEUMONÍA Y LA MENINGITIS?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM17C</p> <p>8⇒IM17C</p>
<p><b>IM17B.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA NEUMOCOCO?</p>	<p>Número de veces.....</p>	
<p><b>IM17C.</b> RECIBIÓ ALGUNA VEZ (<i>nombre</i>) LAS VACUNAS ORALES CONTRA EL ROTAVIRUS; ES DECIR, CONTRA EL GERMEN O VIRUS QUE CAUSA DIARREA, VÓMITO Y FIEBRE ?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒IM18</p> <p>8⇒IM18</p>
<p><b>IM17D.</b> ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ORAL CONTRA EL ROTAVIRUS?</p>	<p>Número de veces.....</p>	
<p><b>IM18.</b> ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) UNA DOSIS DE VITAMINA A <b>como esta/alguna de estas</b> EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?</p> <p><i>Muéstrele los tipos comunes de ampollas/ cápsulas/jarabes</i></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
<b>CA1.</b> EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿TUVO ( <i>nombre</i> ) DIARREA?	Sí..... 1	2⇒CA7
	No..... 2	
	No sabe..... 8	
<b>CA2.</b> ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A ( <i>nombre</i> ) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA).  DURANTE EL TIEMPO EN QUE ( <i>nombre</i> ) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL? <i>Si bebió “menos”, indague:</i> ¿LE DIO MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos..... 1	
	Un poco menos..... 2	
<b>CA3.</b> DURANTE EL TIEMPO QUE ( <i>nombre</i> ) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA? <i>Si responde “menos”, indague:</i> ¿SE LE DIO DE COMER MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Casi lo mismo..... 3	
	Más..... 4	
	No se le dio nada para tomar..... 5	
	No sabe..... 8	
	Mucho menos..... 1	
	Un poco menos..... 2	
<b>CA3A.</b> ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA DIARREA?	Casi lo mismo..... 3	2⇒CA4
	Más..... 4	
	Suspendió la comida..... 5	
<b>CA3B.</b> ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?	Nunca se le dio de comer..... 6	8⇒CA4
	No sabe..... 8	
	Sí..... 1	
<i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?  <i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i>  <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i>  <i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar.</i>  _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	No..... 2	
	No sabe..... 8	
	Sector público	
	Hospital del MINSAL..... A	
	Unidad de salud del MINSAL..... B	
	Promotor/a de salud del MINSAL..... D	
	Hospital del ISSS..... E	
	Unidad (Clínica) del ISSS..... F	
	Clínica comunal o municipal..... G	
	Otro público ( <i>especifique</i> )..... H	
	Sector médico privado	
	Hospital privado..... I	
	Clínica / Médico privado..... J	
	Farmacia..... K	
	Clínica móvil (ONG)..... L	
	Otro privado ( <i>especifique</i> )..... O	
	Otras fuentes	
Paciente / amigo..... P		
Tienda..... Q		
Curandero/a Sobador..... R		
Otro ( <i>especifique</i> )..... X		

<p><b>CA4.</b> DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] SUERO ORAL EN POLVO SRO (PRESENTACIÓN DE SOBRE)?</p> <p>[B] ALGÚN LIQUIDO DE SUERO ORAL EN BOTELLA PARA DIARREA COMO PEDALITE, ORALDEX U OTROS ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SRO en polvo (presentación de sobre).....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>liquido de SRO pre-ensado .....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	SRO en polvo (presentación de sobre).....1	2	8		liquido de SRO pre-ensado .....1	2	8		
	Sí	No	NS											
SRO en polvo (presentación de sobre).....1	2	8												
liquido de SRO pre-ensado .....1	2	8												
<p><b>CA4A.</b> Verifique CA4: SRO</p> <p><input type="checkbox"/> Al niño/a se le dio algún SRO ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇒ Continúe con CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> Al niño/a no se le dio ningún SRO ⇒ Vaya a CA4C</p>														
<p><b>CA4B.</b> ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL SRO (SUERO ORAL)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p><b>Sector público</b></p> <p>Hospital del MINSAL ..... 11</p> <p>Unidad de salud del MINSAL ..... 12</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL ..... 13</p> <p>Hospital del ISSS ..... 14</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS ..... 15</p> <p>Clínica comunal o municipal ..... 17</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) ..... 16</p> <p><b>Sector médico privado</b></p> <p>Hospital ..... 21</p> <p>Clínica / Médico privada ..... 22</p> <p>Médico privado ..... 23</p> <p>Farmacia ..... 24</p> <p>Clínica móvil (ONG) ..... 25</p> <p>Otro privado (<i>especifique</i>) ..... 26</p> <p><b>Otras fuentes</b></p> <p>Pariente / amigo ..... 30</p> <p>Tienda ..... 31</p> <p>Curandero/a Sobador ..... 32</p> <p>Ya tenía en su casa ..... 40</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... 96</p>													
<p><b>CA4C</b> DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (<i>nombre</i>) A TOMAR JARABE DE ZINC?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA4F</p> <p>8⇒CA4F</p>												

<p><b>CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC?</b></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL ..... 11</p> <p>Unidad de salud del MINSAL ..... 12</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL ..... 13</p> <p>Hospital del ISSS ..... 14</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS ..... 15</p> <p>Clínica comunal o municipal ..... 17</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) ..... 16</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital ..... 21</p> <p>Clínica / Médico privada ..... 22</p> <p>Médico privado ..... 23</p> <p>Farmacia ..... 24</p> <p>Clínica móvil (ONG) ..... 25</p> <p>Otro privado (<i>especifique</i>) ..... 26</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo ..... 30</p> <p>Tienda ..... 31</p> <p>Curandero/a Sobador ..... 32</p> <p>Ya tenía en su casa ..... 40</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) ..... 96</p>	
<p><b>CA4F. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (<i>nombre</i>) ALGO DE LO SIGUIENTE:</b></p> <p><i>Lea cada artículo en voz alta y guarde la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.</i></p> <p>[A] AGUA DE ARROZ?</p> <p>[B] AGUA DE COCO?</p> <p>[C] JUGOS NATURALES SIN AZÚCAR (NO DE SOBRE O ENVASADOS)?</p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Agua de arroz ..... 1 2 8</p> <p>Agua de coco ..... 1 2 8</p> <p>Jugos naturales sin azúcar ..... 1 2 8</p>	
<p><b>CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?</b></p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>

<p><b>CA6.</b> ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p> <p><i>Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre)</p>	<p>Pastilla o jarabe</p> <p>Antibiótico.....A</p> <p>Antiespasmódico.....B</p> <p>Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc) ..... G</p> <p>No sabe tipo de pastilla o jarabe.....H</p> <p>Inyección</p> <p>Antibiótica.....L</p> <p>No antibiótica .....M</p> <p>No sabe tipo de inyección.....N</p> <p>Intravenosa ..... O</p> <p>Remedio casero / medicina a base de hierbas ..... Q</p> <p>Otros (<i>especifique</i>).....X</p>	
<p><b>CA7.</b> EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (NOMBRE) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p><b>CA8.</b> CUANDO (NOMBRE) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p><b>CA9.</b> ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O QUE MOQUEA?</p>	<p>Problema en el pecho solamente ..... 1</p> <p>Nariz tapada o que moquea solamente..... 2</p> <p>Ambos ..... 3</p> <p>Otros (<i>especifique</i>)..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p>	
<p><b>CA10.</b> ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p><b>CA11.</b> ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR?</p> <p><i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL.....A</p> <p>Unidad de salud del MINSAL.....B</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL .....D</p> <p>Hospital del ISSS .....E</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS .....F</p> <p>Clínica comunal o municipal .....G</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) .....H</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital privado .....I</p> <p>Clínica / Médico privado.....J</p> <p>Farmacia .....K</p> <p>Clínica móvil (ONG) .....L</p> <p>Otro privado (<i>especifique</i>) .....O</p> <p>Otras fuentes</p> <p>Pariente / amigo.....P</p> <p>Tienda .....Q</p> <p>Curandero/a Sobador .....R</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) .....X</p>	

<b>CA12.</b> ¿SE LE DIO ALGÚN MEDICAMENTO A (nombre) PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?	Sí..... 1 No..... 2  No sabe..... 8	2⇒CA14  8⇒CA14
<b>CA13.</b> ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (nombre)?  <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?  <i>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.</i>  <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> (Nombre)	Antibióticos Pastilla / Jarabe..... I Inyección..... J  Otros medicamentos: Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno P Aspirina ..... Q Ibuprofeno ..... R Jarabe para la tos ..... S Aspirinita ..... T  Otro (especifique) ..... X  No sabe..... Z	
<b>CA13A.</b> Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I - J)?  <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Continúe con CA13B <input type="checkbox"/> No ⇒ Pase a CA14		
<b>CA13B.</b> ¿DÓNDE OBTUVO EL (nombre del medicamento en CA13)?  <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i>  <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i>  <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> (Nombre del lugar)	Sector público Hospital del MINSAL..... 11 Unidad de salud del MINSAL..... 12 Promotor/a de salud del MINSAL ..... 13 Hospital del ISSS ..... 14 Unidad (Clínica) del ISSS ..... 15 Clínica comunal o municipal ..... 17 Otro público (especifique) ..... 16  Sector médico privado Hospital ..... 21 Clínica / Médico privada..... 22 Médico privado..... 23 Farmacia ..... 24 Clínica móvil (ONG) ..... 25 Otro privado (especifique) ..... 26  Otras fuentes Pariente / amigo ..... 30 Tienda ..... 31 Curandero/a Sobador ..... 32  Ya tenía en su casa ..... 40 Otro (especifique) ..... 96	
<b>CA14.</b> Verifique AG2: Edad del niño/a <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con CA15 <input type="checkbox"/> Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya a UF13		
<b>CA15.</b> LA ÚLTIMA VEZ QUE (nombre) HIZO PUPÚ O ASIENTO, ¿CÓMO SE ELIMINÓ?	El niño usó el inodoro / letrina..... 01 Lo puso / descartó en el inodoro o letrina. 02 Lo puso / descartó en el desagüe o la cloaca..... 03 Se tiró a la basura (residuo sólido) ..... 04 Se enterró ..... 05 Se dejó al aire libre ..... 06  Otro (especifique) ..... 96 No sabe..... 98	

<b>UF13.</b> <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos ..... : ..	
------------------------------------	---------------------------	--

<p><b>UF14.</b> <i>Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15.</i> <i>¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en esta casa?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí ⇒ Indíquelo a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a y que también se llevará a cabo una prueba de anemia si se concede su permiso.</i> <i>Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No ⇒ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígame que debe medir el peso y la talla del niño/a antes de que se marche del hogar y que también se llevará a cabo una prueba de anemia si se concede su permiso.</i></p> <p><i>Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.</i></p>
--

**ANTROPOMETRÍA**
**AN**

Una vez los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de línea del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas. Cuando todas las medidas de antropometría estén completas, el medidor procederá con el Módulo de Medición de Hemoglobina para cada niño.

<b>AN1.</b> Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:	Nombre _____	
<b>AN2.</b> Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso	Se midió una o ambas ..... 1	
	El niño/ la niña no estaba presente ..... 2	2⇒AN6
	El niño/ la niña o la persona encargada se negó ..... 3	3⇒AN6
	Otro ( <i>especifique</i> ) ..... 6	6⇒AN6
<b>AN3.</b> Peso del niño/a	Kilogramos (kg) ..... .	
	No se midió el peso ..... 99.9	
<b>AN3A.</b> ¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo?		
Sí..... 1		
No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo ..... 2		
<b>AN3B.</b> Verifique la edad del niño/a en AG2:		
<input type="checkbox"/> Niño/a menor de 2 años. ⇒ Medir la talla (acostado).		
<input type="checkbox"/> Niño/a de 2 años o más. ⇒ Medir la talla (de pie).		
<b>AN4.</b> Estatura/talla del niño/a	Talla..... .	
	No se midió la Talla/estatura ..... 999.9	⇒AN6
<b>AN4A.</b> ¿Cómo se midió de hecho al niño/a? ¿Acostado o de pie?	Acostado ..... 1	
	De pie ..... 2	

**AN6.** ¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?

- Sí ⇒ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.
- No ⇒ Continúe con el Módulo de Hemoglobina.

HEMOGLOBINA		HM									
HM1. Nombre y número del medidor:	Nombre _____										
HM2. Verifique AG2. <input type="checkbox"/> 1-4 años de edad ⇒ Vaya a HM4 <input type="checkbox"/> 0 años de edad ⇒ Continúe											
HM3. Copie la fecha de nacimiento del niño/a que aparece en AG1 a la tabla. En la segunda línea, agregue 6 meses a la fecha de nacimiento. ¿Es esta fecha anterior a la de la entrevista?  <input type="checkbox"/> Si ⇒ Continúe <input type="checkbox"/> No ⇒ Vaya a HM6	Si día es 98 escriba '01'.  Fecha de nacimiento:  +6 meses:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Día	Mes	Año									
_____	_____	_____									
_____	_____	_____									
HM4. Lea la carta de y pregunte únicamente si se concede el permiso para realizar el test de Hemoglobina en el niño.  COMO PARTE DE LA ENCUESTA, SOLICITAMOS QUE TODOS LOS NIÑOS MAYORES DE 5 MESES Y MENORES DE CINCO AÑOS PARTICIPEN EN EL TEST DE HEMOGLOBINA.  LA ANEMIA ES UN PROBLEMA DE SALUD GRAVE QUE USUALMENTE ES EL RESULTADO DE UNA MALA NUTRICIÓN, INFECCIONES O ENFERMEDADES CRÓNICAS. LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA PERMITEN AYUDAR AL GOBIERNO A DESARROLLAR PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA. PEDIMOS QUE TODOS LOS NIÑOS SEIS MESES O MÁS, PARTICIPEN EN EL TEST DE HEMOGLOBINA INCLUIDO EN ESTA ENCUESTA, DONANDO ALGUNAS GOTAS DE SANGRE DE UNO DE SUS DEDOS.											
AUTORIZA A (nombre) A PARTICIPAR EN EL TEST DE HEMOGLOBINA?	Permiso otorgado ..... 1 Permiso no otorgado ..... 2	2⇒HM6									
HM5. Resultados del test de hemoglobina	Valor ..... g/dl ____ . ____  No tomo la muestra El niño/a no lo permite..... 99.2 Otro (Especifique) _____ 99.6										

HM6. ¿Hay otro niño menor de 5 años en el hogar?  <input type="checkbox"/> Si ⇒ Continúe con el Modulo de Hemoglobina para ese niño.  <input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.
---

**Observaciones de la entrevistadora**

**Observaciones del Editor de Campo**

**Observaciones del Supervisor**

**Observaciones del medidor**