



Encuesta Nacional de Nutrición II 1998

Cuestionario de Hogar - Escolar

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

REGIÓN _____

ENTIDAD FEDERATIVA _____

MUNICIPIO/DELEGACIÓN _____

CLAVE DE AGEB _____

LOCALIDAD _____

MANZANA _____

CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO DE CONTROL _____

FOLIO DE VIVIENDA _____

HOGAR _____ DE _____ DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO _____ DE _____ DEL HOGAR

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM) _____

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

RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____	_____	_____
FECHA (dd mm aa)	_____	_____	_____
RESULTADO (*)	_____	_____	_____

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- | | | |
|-------------------------|--|---------------------------------------|
| 1 ENTREVISTA COMPLETA | 4 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 7 VIVIENDA DESHABITADA |
| 2 ENTREVISTA INCOMPLETA | 5 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | 8 VIVIENDA DE USO TEMPORAL |
| 3 INFORMANTE INADECUADO | 6 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | 9 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

SUJETOS DE ESTUDIO

NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS	TOTAL EN HOGAR	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	TOTAL EN HOGAR	NIÑOS DE 5-11 AÑOS	TOTAL EN HOGAR	MUJERES DE 12 A 49 AÑOS	TOTAL EN HOGAR
No. DE REGISTRO	RESULTADO DE ENTREVISTA	No. DE REGISTRO	RESULTADO DE ENTREVISTA	No. DE REGISTRO	RESULTADO DE ENTREVISTA	No. DE REGISTRO	RESULTADO DE ENTREVISTA
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

II. DATOS GENERALES

PARA TODAS LAS PERSONAS				
LISTA DE PERSONAS	SEXO	EDAD	SUJETO DE ESTUDIO	
2.1 N U M E R O D E R E G I S T R O Circule en 2.1 el número de registro del informante	2.2 Ahora le voy a preguntar algunas características del grupo de personas que forman este hogar. ¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	2.3 ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? MENORES DE 1 AÑO: 00 98 AÑOS O MÁS: 98 NO SABE: 99	2.4 SÓLO ANOTE: M = MUJER (12-49 AÑOS) E = ESCOLAR (5 A MENOR DE 12 AÑOS) P = PRE-ESCOLAR (MENORES DE 5 AÑOS) Y NUMERE A CADA UNO CONSECUTIVAMENTE (EJEMPLO: M1, M2, P1, P2, E1, E2)	
	HOMBRE	MUJER	AÑOS	CÓDIGO
01	1	2	_____	
02	1	2	_____	
03	1	2	_____	
04	1	2	_____	
05	1	2	_____	
06	1	2	_____	
07	1	2	_____	
08	1	2	_____	
09	1	2	_____	
10	1	2	_____	
11	1	2	_____	
12	1	2	_____	

SI EN EL HOGAR HAY MÁS DE 12 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y CONTÍNUE CON LA LISTA.

CÓDIGO PARA VITAMINAS Y COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS

01	A-D Vitex	46	Ferrotep
02	A-Vicon	47	Ferval Ferroso
03	A-vitex	48	Ferxal
04	Acon	49	Filibón
05	Adekon C	50	Fortacil
06	Adekon C gotas	51	Geritol
07	Aderogyl 15	52	Gevral Proteína
08	Aderogyl C	53	Hematopoyéticos
09	Adevitan G	54	Hidroplex
10	Advera	55	Iberet 500
11	Arovit	56	Iberol 500 líquido
12	Autrin 600	57	Incremin con Hierro
13	Bedoyecta	58	Manibee-C
14	Benadón	59	Manibee-complejo
15	Benerva	60	Materna
16	Benexol-B12	61	Megadosis de Vitamina A
17	Byladoce 5,000	62	Mivinos
18	C-1000-C	63	Neurobión 1000 HYPACK
19	Cal-C-Vita	64	One a Day
20	Cal-rutina	65	One a Day plus Iron
21	Calanda	66	Optimin
22	Cal-C-tose	67	Orafer
23	Calcium-Sandoz 500 MG	68	Ossopan
24	Calcival	69	Osteomin
25	Calsan	70	Pharmaton
26	Caltrate 600	71	Poly-vi-sol
27	Ce-vo-xol	72	Prenatal
28	Centrum	73	Prenatex
29	Cevallin	74	Redoxon Forte
30	Deca-vi-sol	75	Rocaltrol
31	Dexabión	76	Segretil
32	Diba	77	Stresstabs 600
33	Dical	78	Stresstabs 600 con Hierro
34	Dolo-Neurobión Forte	79	Stresstabs 600 con Zinc
35	Driken	80	Teragran y minerales
36	Duradoce	81	Tiaminal B12 50,000
37	E-Recordati	82	Tri-vi-sol
38	Emulsión de Scott	83	Triviken
39	Ferinsol	84	Unicap
40	Ferranina	85	Vi-syneral
41	Ferranina Foi	86	Vitamina B-12 DIBA
42	Ferranina GTS	87	Vitaton
43	Ferranina I.M.	88	Vivonex
44	Ferro fólico 500	89	X-2
45	Ferro-4	90	Otra (anotar en el cuestionario cual es en el espacio correspondiente)

Buenos días (tardes) mi nombre es _____ y trabajo para la Secretaría de Salud.
Quisiera hacerle algunas preguntas sobre las personas que normalmente viven en esta vivienda.
Los datos que usted nos proporcione son confidenciales y se usan exclusivamente con fines estadísticos.

I. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

1.1 NÚMERO DE PERSONAS EN LA VIVIENDA

¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda?
No olvide a los niños chiquitos y a los ancianos.

TOTAL DE PERSONAS []

1.2 GASTO COMÚN

Las (TOTAL DE PERSONAS) personas que viven en esta vivienda, ¿comparten un mismo gasto para la comida?

SI 1 →

PASE A
2.2

NO 2

1.3 NÚMERO DE HOGARES

Entonces, ¿cuántos grupos de personas u hogares tienen gasto separado para la comida, contando al suyo?

NÚMERO DE HOGARES []

CUANDO EN LA VIVIENDA EXISTA MÁS DE UN HOGAR O GRUPO DE PERSONAS, APLIQUE
UN CUESTIONARIO PARA CADA HOGAR

PARA TODAS LAS PERSONAS			
PARENTESCO		DERECHOHABIENCIA	
2.5		2.6	
¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar?		¿Tiene (NOMBRE) derecho a servicio médico...	
ESPOSO(A)		en el Seguro Social (IMSS)? 1	
O CÓNYUGE 2		en el ISSSTE? 3	
HIJO(A) 3		por parte de Pemex, Ejército, Marina, etc? 4	
OTRO PARENTESCO 4		en una clínica u hospital particular pagado	
NOTIENE PARENTESCO 5		por el trabajo? 5	
TRABAJADOR(A)		en otro tipo de institución? (ESPECIFIQUE) 7	
DOMÉSTICO(A) 6		NOTIENE DERECHO 2	
PARIENTE DEL TRABAJADOR		NO SABE 9	
DOMÉSTICO 7			
↓		↓	
PARENTESCO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO
JEFE O JEFA	1		

REGISTRE HASTA 2 INSTITUCIONES

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS				PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS				
MADRE		ORDEN	CUIDADOS	ALFABETISMO			NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
2.7		2.8	2.9	2.10			2.11	
¿Quién es la madre de (NOMBRE)? <div>ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA MADRE</div>		¿Qué lugar ocupa (NOMBRE) entre todos los hijos(a) que tuvo su mamá, (hayan vivido o no)? <div>ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN</div>	¿Quién está al pendiente de (NOMBRE) en la comida del medio día? <div>ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA PERSONA O EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</div>	¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?			¿Cuál es el último año o grado que (NOMBRE) pasó (aprobó) en la escuela? <div>NIVEL:</div>	
PERSONA FUERA DEL HOGAR 77			ESCUELA O GUARDERÍA 66 PERSONA FUERA DEL HOGAR 77 NADIE 99				NINGUNO 0 0 KINDER 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 PREPARATORIA O BACHILLERATO 4 NORMAL BÁSICA 5 PROFESIONAL 6 POSGRADO 7 NO SABE 9 9	
↓		↓	↓	→			→	
CÓDIGO		ORDEN	CÓDIGO	SI	NO	NO SABE	GRADO	NIVEL
01				1	2	9		
02				1	2	9		
03				1	2	9		
04				1	2	9		
05				1	2	9		
06				1	2	9		
07				1	2	9		
08				1	2	9		
09				1	2	9		
10				1	2	9		
11				1	2	9		
12				1	2	9		

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS

[illegible]

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS

2.1
N
Ú
M
E
R
O

D
E

R
E
G
I
S
T
R
O

VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
OCUPACIÓN U OFICIO
SITUACIÓN EN EL TRABAJO
2.14
2.15
2.16

Además de (CONDICIÓN 2.13), ¿la semana pasada (NOMBRE)

¿Cuáles son las tareas o funciones que hace (NOMBRE) en su trabajo?

¿(NOMBRE) en su trabajo de la semana pasada fue...

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA.

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA.

vendió algunos productos (ropa,
cosméticos, alimentos, etc.)? 1
ayudó a trabajar en un negocio
familiar? 3
hizo algún producto para vender
(alimentos, artesanías, ropa)? 4
a cambio de un pago lavó,
planchó o cosió? 5
ayudó a trabajar en las actividades
agrícolas o en la cría de animales? 6
a cambio de un pago realizó otro
tipo de trabajo (actividad)? 7
NO TRABAJA 2
NO SABE 9

ANOTE TEXTUALMENTE

empleado(a) u obrero? 1
jomalero(a) o peón? 2
patrón(a) o empresario(a)
(contrata trabajadores)? 3
trabajador(a) por su
cuenta (no contrata trabajadores)? .. 4
trabajador(a) sin pago
en el negocio o predio
familiar? 5

PASE A
3.10



CÓDIGO

TAREAS O FUNCIONES

SITUACIÓN

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

III. MORBILIDAD

[illegible]

PARA PERSONAS DE 5 A 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

		CRÓNICAS	INICIO DE ENFERMEDAD	SÍNTOMAS	ACCIDENTE		
2.1		3.10	3.11	3.12	3.13		
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	¿Padece (NOMBRE) alguna enfermedad como....	¿Cuándo comenzó a estar enfermo(a) (NOMBRE) de la(s) enfermedad(es)?	Por la enfermedad o las enfermedades de (NOMBRE)...	En los últimos 3 meses ¿Ha sufrido (NOMBRE) algún accidente, lesión o intervención quirúrgica?			
	asma? 01	MENOS DE 1 MES 1	bajó de peso? 1				
	convulsiones (ataques)? 02	DE 1 MES A 6 MESES 2	perdió el hambre? 3				
	diabetes? 03	DE 6 MESES A 1 AÑO 3	sintió desgano? 4				
	hipertensión (presión alta)? 04	MÁS DE 1 AÑO 4	otra cosa? 7				
	gastritis, úlcera gástrica? 05	NO SABE 9	NINGUNA 2				
	enfermedad del corazón? 06		NO SABE 9				
	enfermedad del riñón? 07						
	leucemia o algún otro						
	tipo de cáncer? 08						
	NINGUNA DE LAS ANTERIORES 22						
	NO SABE 99						
	<div>PUEDA REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES</div> <div>PUEDA REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES</div>		<div>PUEDA REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES</div>				
	→	→	→	↓			
	CÓDIGOS	CÓDIGO	CÓDIGOS	SÍ	NO	NO SABE	
01	____	____	____	1	2	9	
02	____	____	____	1	2	9	
03	____	____	____	1	2	9	
04	____	____	____	1	2	9	
05	____	____	____	1	2	9	
06	____	____	____	1	2	9	
07	____	____	____	1	2	9	
08	____	____	____	1	2	9	
09	____	____	____	1	2	9	
10	____	____	____	1	2	9	
11	____	____	____	1	2	9	
12	____	____	____	1	2	9	

PARA PERSONAS MENORES DE 5 AÑOS				PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS					
PESO AL NACER				PESO	ROPA	LONGITUD/TALLA	RESULTADO DE LA MEDICIÓN		
2.1	4.3		4.4	4.5	4.6	4.7	4.8		
	¿Pesaron a (NOMBRE) al nacer?		¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?	<div>Menores de 5 años Pesar desnudos o sólo ropa interior</div> NO SE PESÓ 222.22	LIGERA 1	LONGITUD: MENORES DE 24 MESES	SIN PROBLEMA 1		
			GRUESA 2			PROBLEMA FÍSICO 2			
			SIN ROPA 3		TALLA: 24 MESES O MÁS	NO COOPERÓ 3			
SI 1 NO 2 NO SABE 9 <div>PASEA 4.5</div>		<div>REGISTRE EL PESO EN KILOS Y TRES DECIMALES</div>			NO SE MIDIÓ 222.2	SE NEGÓ 4 NO SE ENCONTRÓ 5			
→				→	→	→	→		
SI		NO	NO SABE	KILOS	GRAMOS	CÓDIGO	CENTÍMETROS	mm	CÓDIGO
01	1	2	9						
02	1	2	9						
03	1	2	9						
04	1	2	9						
05	1	2	9						
06	1	2	9						
07	1	2	9						
08	1	2	9						
09	1	2	9						
10	1	2	9						
11	1	2	9						
12	1	2	9						

PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

[illegible]

PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS				PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS				
CIRCUNFERENCIA CADERA		EMBARAZOS	NACIMIENTOS	VITAMINAS Y COMPLEMENTO ALIMENTICIO				
2.1	4.12	4.13	4.14	4.15			4.16	
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	EXCEPTO EMBARAZADAS	Pregunte: A CADA MUJER ¿Cuántos embarazos ha tenido (logrados o no)? NINGUNO ... 00 ↓ PASE A 4.15	Pregunte: A CADA MUJER En total ¿Cuántas(os) hijas e hijos que nacieron vivos ha tenido (aunque hayan fallecido)? NINGUNO ... 00	En los últimos 6 meses (NOMBRE) ¿ha tomado vitaminas, o algún complemento alimenticio? Sí 1 NO 2 NO SABE 9 } → PASE A 4.20			¿Cuál? <div>SI LA TIENE A LA MANO PIDA QUE SE LA MUESTRE</div> CODIFIQUE CON LA TABLA ANEXA <div>REGISTRE HASTA 2</div>	
	→	→	→	→	→	→	→	→
	CENTÍMETROS mm	EMBARAZOS	NACIMIENTOS	SÍ	NO	NO SABE	1ª VIT	2ª VIT
01	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
02	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
03	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
04	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
05	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
06	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
07	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
08	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
09	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
10	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
11	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____
12	_____.	_____	_____	1	2	9	_____	_____

PRUEBAS DE LABORATORIO

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

FRECUENCIA DE CONSUMO		HEMOGLOBINA			
2.1	4.19	4.20			
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	¿Actualmente (NOMBRE) está aplicando o tomando vitaminas o algún complemento alimenticio?	SE TOMÓ MUESTRA DE SANGRE			
	<div>SI LA TIENE A LA MANO PIDA QUE SE LA MUESTRE</div>				
	CODIFIQUE CON LA TABLA ANEXA				
	<div>REGISTRE HASTA 2</div>				
	→		↓		
	1ª VIT	2ª VIT	SI	NO	g/dL
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

V. PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA

Ahora le voy a preguntar si usted o alguna persona de este hogar recibe desayunos, leche u otros alimentos

PARA COMPLETAR EL SIGUIENTE CUADRO HAGA LA PREGUNTA 5.1 CON CADA UNO DE LOS ALIMENTOS, EN AQUELLOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA CONTÍNE CON LAS PREGUNTAS 5.2, 5.3 Y 5.4.

ALIMENTO			PROGRAMA O INSTITUCIÓN		ANTIGÜEDAD PROGRAMA		FRECUENCIA	
5.1			5.2		5.3		5.4	
¿Actualmente alguna persona de este hogar recibe...			¿Qué programa o institución le da (ALIMENTO)?		¿Desde hace cuánto tiempo recibe (ALIMENTO)?		¿Cada cuándo le dan (ALIMENTO)?	
SI 1 NO 2 → PASE AL SIGUIENTE ALIMENTO			DF 01 LICONSA 02 COPUCI 03 FIDELIST 04 SEP 05 PROGRAMA DE ALBERGUESINI 06 PROGRESA 07 PROGRAMA ESTATAL 08 ONG'S 09 NIÑOS EN SOLIDARIDAD 10 SSA 11 NO SABE 99 REGISTRE HASTA DOS OPCIONES		MENOS DE 1 MES 1 DE 1 A 3 MESES 2 DE 4 A 6 MESES 3 MÁS DE 6 MESES 4 NO SABE 9		DIARIO 1 DE 1 A 6 VECES 2 POR SEMANA 3 DE 1 A 3 VECES 4 PORMES 5 1 VEZ CADA 6 DOS MESES 7 1 VEZ CADA TRES MESES 8 MESES 9 MENOS DE 1 VEZ 10 CADA 3 MESES 11 NO SABE 12	
SI TODAS LAS RESPUESTAS SON NO PASE A 5.5 ↓			→		→		→	
ALIMENTOS	SI	NO	CÓDIGO		CÓDIGO		CÓDIGO	
leche?	1	2	____	____	____	____	____	____
torillas?	1	2	____	____	____	____	____	____
harina de maíz?	1	2	____	____	____	____	____	____
harina de trigo?	1	2	____	____	____	____	____	____
arroz?	1	2	____	____	____	____	____	____
frijol?	1	2	____	____	____	____	____	____
aceite?	1	2	____	____	____	____	____	____
sopa de pasta?	1	2	____	____	____	____	____	____
azúcar?	1	2	____	____	____	____	____	____
sal?	1	2	____	____	____	____	____	____
desayuno escolar frío?	1	2	____	____	____	____	____	____
desayuno escolar caliente?	1	2	____	____	____	____	____	____
papilla PROGRESA?	1	2	____	____	____	____	____	____
bebida PROGRESA?	1	2	____	____	____	____	____	____
sardinas?	1	2	____	____	____	____	____	____
galletas?	1	2	____	____	____	____	____	____
otro? _____ (ESPECIFIQUE)	1	2	____	____	____	____	____	____

5 PLÁTICAS DE ALIMENTACIÓN ¿Les dan actualmente a usted o a alguien de su familia pláticas sobre alimentación y nutrición? SI 1 NO 2 NO SABE 9 ↓ ¿Qué institución o programa se los da? _____	REGISTRE HASTA DOS OPCIONES UTILICE LOS CÓDIGOS DE LA PREGUNTA 5.2
---	---

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

6.1 PISOS

¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?

TIERRA	1
CEMENTO FIRME	2
MOSAICO, MADERA U OTROS RECUBRIMIENTOS	3
NO SABE	9

6.2 PAREDES

¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de esta vivienda?

LÁMINA DE CARTÓN	1
CARRIZO, PALMA O BAMBÚ	2
EMBARRO O BAJAREQUE	3
MADERA	4
LÁMINA DE ASBESTO O METÁLICA	5
ADOBE	6
TABIQUE, TABICÓN, BLOCK, PIEDRA, MAMPOSTERÍA O CEMENTO	8
OTROS MATERIALES	7
NO SABE	9

6.3 TECHOS

¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda?

LÁMINA DE CARTÓN	1
PALMA, TEJAMANILO MADERA	2
LÁMINA DE ASBESTO O METÁLICA	3
TEJA	4
LOSA DE CONCRETO, BÓVEDA DE LADRILLO O TERRADO, ENLADRILLADO CON VIGAS	5
OTROS MATERIALES	6
NO SABE	9

6.4 COCINA

¿Hay en esta vivienda un cuarto para cocinar?

SÍ	1
NO	2

PASE A
6.6

6.5 COCINA EXCLUSIVA

¿Este cuarto se usa para dormir?

SÍ	1
NO	2

6.6 NÚMERO DE CUARTOS

En total ¿Cuántos cuartos tiene esta vivienda sin contar pasillos, baño y cocina?

NÚMERO DE CUARTOS

6.7 CUARTOS PARA DORMIR

¿Cuántos cuartos usan para dormir?

NÚMERO DE CUARTOS

6.8 DISPONIBILIDAD DE AGUA

¿Los ocupantes de esta vivienda disponen de ...

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

agua entubada dentro de la
cocina o baño? 1

agua entubada fuera de la vivienda
pero dentro del terreno? 2

agua entubada de llave pública
o hidrante? 3

agua de pozo o noria? 4

agua de manantial, río o lago? 5

agua de pipa? 6

otra fuente? _____

(ESPECIFIQUE)

6.9 SERVICIO SANITARIO

¿Los ocupantes de esta vivienda usan ...

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

excusado o sanitario? 1

letrina o retrete? 2

fosa? 3

hoyo negro o pozo ciego? 4

¿No usan servicio sanitario? (hacen en
el suelo, corral, establo, playa, etcétera)? 5

PASE A
8.11

6.10 DRENAJE

En esta vivienda los excrementos ¿van a dar a una
tubería con desagüe...

LEA LAS OPCIONES HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

a una barranca o grieta? 1

a un río, lago (o mar)? 2

a una fosa séptica? 3

a una red pública? 4

¿No tiene tubería para el desagüe? 5

6.11 BIENES EN LA VIVIENDA

¿Este hogar tiene..

LEA LAS OPCIONES Y
CODIFIQUE EN CADA UNA

	SI	NO
radio o grabadora?	1	2
televisión?	1	2
videocasetera?	1	2
teléfono?	1	2
computadora?	1	2
refrigerador?	1	2
lavadora?	1	2
estufa?	1	2
calentador?	1	2
moto, automóvil o camioneta?	1	2

VII. PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

PARA PERSONAS MENORES DE 2 AÑOS

PREGUNTAS	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO [] []	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO [] []
1 ¿Le dió pecho alguna vez a (NOMBRE)?	Si 1 NO 2 → PASE A 4	Si 1 NO 2 → PASE A 4
2 ¿Aún le da pecho a (NOMBRE)?	Si 1 → PASE A 4 NO 2	Si 1 → PASE A 4 NO 2
3 ¿Cuántos meses amamantó a (NOMBRE)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> SI MÁS DE 1 MES, ANOTE MESES CUMPLIDOS. SI MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS QUE AMAMANTÓ. (AYUDE A RECORDAR A LA MADRE) </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>[] []</div> <div>DÍAS</div> <div>O</div> <div>[] []</div> <div>MESES</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>[] []</div> <div>DÍAS</div> <div>O</div> <div>[] []</div> <div>MESES</div> </div>

A	B				C		D	
ALIMENTOS	¿En cualquier momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) alguno de los siguientes alimentos?				De _____ LEA LOS ALIMENTOS DE LA COLUMNA A ¿cuál fue el primero que tomó (NOMBRE) regularmente? NINGUNO 0		(ALIMENTO) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo regularmente? NO HA INICIADO DE MANERA REGULAR 88 INICIÓ PERO NO SE ACUERDA CUANDO 99	
	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO		Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO		Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO
	SI	NO	SI	NO				
4 AGUA SIMPLE	1	2	1	2			[] [] DÍAS	[] [] DÍAS
							[] [] MESES	[] [] MESES
5 OTRA LECHE DISTINTA AL PECHO							[] [] DÍAS	[] [] DÍAS
1. Fórmula infantil 2. Leche en polvo o diluida. 3. Leche fresca entera	1	2	1	2	[] [] No. del alimento	[] [] No. del alimento	[] [] MESES	[] [] MESES
6 LÍQUIDOS							[] [] DÍAS	[] [] DÍAS
1. Agua endulzada 2. Té (simple o endulzado) 3. Café (simple o endulzado) 4. Refresco 5. Caldo de frijol (sólo el caldo) 6. Caldo de pollo o res (sólo el caldo) 7. Agua miel (sin fermentar)	1	2	1	2	[] [] No. del alimento	[] [] No. del alimento	[] [] MESES	[] [] MESES
7 OTROS LÍQUIDOS SOLOS O ENDULZADOS							[] [] DÍAS	[] [] DÍAS
1. Atole con agua o con leche 2. Otro cereal con agua o con leche 3. Café con leche 4. Jugos de frutas	1	2	1	2	[] [] No. del alimento	[] [] No. del alimento	[] [] MESES	[] [] MESES

A	B				C		D	
ALIMENTOS	¿En cualquier momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) alguno de los siguientes alimentos? ↓				De _____ LEA LOS INDICIOS DE LA COLUMNA A ¿cuál fue el primero que tomó (comió) (NOMBRE) regularmente? NINGUNO 0 →		(ALIMENTO) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo (comerlo) regularmente? NO HAINICIADO DE MANERA REGULAR 88 INICIO PERO NO SE ACUERDA CUANDO 99	
	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO		Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO		Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO	Niño _____ NÚMERO DE REGISTRO
	SÍ	NO	SÍ	NO				
8 CEREALES Y LEGUMINOSAS (ENTEROS O EN PURÉ) 1. Sopa de pasta 5. Avena 2. Arroz 6. Frijoles 3. Tortillas 7. Lentejas 4. Pan 8. Habas	1	2	1	2	No. del alimento	No. del alimento	DÍAS MESES	DÍAS MESES
9 FRUTAS Y VERDURAS (ENTEROS O EN PURÉ) 1. Frutas 2. Verduras (Incluye envasados tipo Gerber)	1	2	1	2	No. del alimento	No. del alimento	DÍAS MESES	DÍAS MESES
10 CARNES Y LÁCTEOS (ENTEROS O EN PURÉ) 1. Carne de pollo, res o cerdo (incluye jamón o salchichas) 2. Pescado (fresco o en lata) 3. Queso 4. Huevo (entero, la yema o la clara) (Incluye envasados tipo Gerber)	1	2	1	2	No. del alimento	No. del alimento	DÍAS MESES	DÍAS MESES

	GRAMOS O MILILITROS (OFICINA)				PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO = 1 COCIDO = 2 PREP = 3	MÉTODO	CONSUMO DE													
								TC	SERVIDO (MEDIDAS CASERAS)	NO COMIDO (MEDIDAS CASERAS)	CONVERSIÓN A GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS	ml o g		GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)					FACTOR DE CONVERSIÓN		
												ml = 1 g = 2		14	15	16	17	18	19	20	21
01	6	7	8	9	10	11	12	13					14	15	16	17	18	19	20	21	
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					

* MÉTODO 1 = Crudo 4 = Asado o al horno
2 = Cocido o hervido 9 = No sabe
3 = Frío

** TC 1 = Desayuno
2 = Almuerzo
3 = Comida

4 = Cena
5 = Entre comida

	GRAMOS O MILILITROS (OFICINA)				PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO = 1 COCIDO = 2 PREP = 3	MÉTODO	CONSUMO DE _____													
								**TC	SERVIDO (MEDIDAS CASERAS)	NO COMIDO (MEDIDAS CASERAS)	CONVERSIÓN A GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS	ml o g		GRAMOS O MILILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)					FACTOR DE CONVERSIÓN		
												ml = 1 g = 2		14	15	16	17	18	19	20	21
	6	7	8	9	10	11	12	13					14	15	16	17	18	19	20	21	
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					

* MÉTODO 1 = Crudo 4 = Asado o al horno
2 = Cocido o hervido 9 = No sabe
3 = Frito

** TC 1 = Desayuno
2 = Almuerzo
3 = Comida

4 = Cena
5 = Entre comida

												CONSUMO DE _____										
GRAMOS O MILITROS (OFICINA)				PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO = 1 COCIDO = 2 PREP = 3	MÉTODO	**TC	SERVIDO (MEDIDAS CASERAS)	NO COMIDO (MEDIDAS CASERAS)	CONVERSIÓN A GRAMOS O MILITROS CONSUMIDOS	ml o g ml = 1 g = 2	GRAMOS O MILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)					FACTOR DE CONVERSIÓN					
6	7	8	9	10	11	12	13				14	15	16	17	18	19	20	21				
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						

* MÉTODO 1 = Crudo 4 = Asado o al horno
2 = Cocido o hervido 9 = No sabe
3 = Frito

** TC 1 = Desayuno
2 = Almuerzo
3 = Comida

4 = Cena
5 = Entre comida

	GRAMOS O MILITROS (OFICINA)				PESO BRUTO = 1 O NETO = 2	CRUDO=1 COCIDO=2 PREP=3	MÉTODO	CONSUMO DE _____													
								**TC	SERVIDO (MEDIDAS CASERAS)	NO COMIDO (MEDIDAS CASERAS)	CONVERSIÓN A GRAMOS O MILITROS CONSUMIDOS	ml o g		GRAMOS O MILITROS CONSUMIDOS (OFICINA)					FACTOR DE CONVERSIÓN		
												ml = 1 g = 2		14	15	16	17	18	19	20	21
01	6	7	8	9	10	11	12	13					14	15	16	17	18	19	20	21	
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					

* MÉTODO 1 = Crudo
2 = Cocido o hervido
3 = Frito

4 = Asado o al horno
9 = No sabe

** TC

1 = Desayuno
2 = Almuerzo
3 = Comida

4 = Cena
5 = Entre comida

IX. PRUEBAS DE LABORATORIO

NOMBRE _____ No. DE REGISTRO _____

PARA PERSONAS DE 2 A 11 AÑOS

1 SANGRE
SE TOMÓ MUESTRA

SI 1
NO 2

PARA PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS

2 ORINA
SE TOMÓ MUESTRA

SI 1
NO 2

PEGARETIQUETA

NOMBRE _____ No. DE REGISTRO _____

PARA PERSONAS DE 2 A 11 AÑOS

1 SANGRE
SE TOMÓ MUESTRA

SI 1
NO 2

PARA PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS

2 ORINA
SE TOMÓ MUESTRA

SI 1
NO 2

PEGARETIQUETA

NOMBRE _____ No. DE REGISTRO _____

PARA PERSONAS DE 2 A 11 AÑOS

1 SANGRE
SE TOMÓ MUESTRA

SI 1
NO 2

PARA PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS

2 ORINA
SE TOMÓ MUESTRA

SI 1
NO 2

PEGARETIQUETA

PARA HOGARES DE NIÑOS DE 2 A 11 AÑOS

3 SAL
SE TOMÓ MUESTRA DE SAL
NOTA: NO OLVIDE QUE LE OBSEQUIEN UN
POCO DE SAL DE COCINA

SI 1
NO 2

Cereales de Caja**Kellogg's**
Código/Nombre

762	Corn Flakes
763	Zucaritas
764	Choco Zucaritas
765	Choco Krispis
766	Corn Pops
767	All Bran
768	Bran Flakes
769	Raisin Bran
770	Honey Crunch Corn Flakes
771	Honey Smacks
772	Special K
773	Crispix
774	Frosted Mini Wheats
775	All Bran Extra Fibra
776	Froot Loops
777	Speed Loops
778	Apple Jack's

Nestlé**Código/Nombre**

779	Basic 4
780	Ciniminis
781	Corn Flakes
782	Chocapic
783	Fibra Max
784	Gold
785	Cheerios Manzana/canela
786	Cheerios Escarchados
787	Cheerios Miel Almendra
788	Golden Grahams
789	Lucky Charm
790	Quik
791	Trx
792	Zucosos

Maizoro**Código/Nombre**

793	Azucaradas
794	Corn Flakes
795	Cronchis
796	Chocoflakes
797	Chocorroz
798	Fibra Uno
799	Frosted Corn Puffs

Nutrioro**Código/Nombre**

800	Almohaditas Choc
801	Aritos Frutas
802	Aroz Chocolate

Quaker**Código/Nombre**

803	Apple Oh's
804	Capitana Crunch
805	Complete
806	Cuadritos de Avena
807	Nutriflakes

Post**Código/Nombre**

808	Bran Flakes
809	Coca Pebbles
810	Fruit Pebbles
811	Raisin Brand

Otras marcas**Código/Nombre**

812	Corn Flakes
813	Fl-Brand
814	Extra Raisin
815	Frutidinos
816	Monqui Coa
817	Otro cereal de caja

818 Cereal

Gigante
Gigante
Sam's
Hipermart
Michael
(anotar en el formulario
cual es, en el espacio
correspondiente)
Comprado a granel en
el mercado

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor, "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados, para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el Artículo 42, párrafo primero, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor, "Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas."

OBSERVACIONES**RECUADRO DE CONTROL**

SUPERVISADO POR	CODIFICADO POR	CAPTURADO POR
NOMBRE		
CLAVE		
FECHA		