



Encuesta Nacional de Nutrición II 1998

Cuestionario de Hogar

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

REGIÓN _____

ENTIDAD FEDERATIVA _____

MUNICIPIO/DELEGACIÓN _____

CLAVE DE AGEN _____

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

II. GENERALES

PARA TODAS LAS PERSONAS				
LISTA DE PERSONAS	SEXO	EDAD	SUJETO DE ESTUDIO	
2.1	2.2	2.3	2.4	
N U M E R O D E R E G I S T R O	Ahora le voy a preguntar algunas características del grupo de personas que forman este hogar. Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que viven normalmente aquí, empezando por el jefe o la jefa del hogar; no olvide a los niños chiquitos y a los ancianos.	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? MENORES DE 1 AÑO... 00 98 AÑOS O MÁS... 98 NO SABE... 99	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)
	CIRCULE EN 2.1 EL NÚMERO DE REGISTRO DEL INFORMANTE			
	NOMBRE	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 CONTINUE 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 Proteina
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	Milviro
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	Cevalin	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 Fol	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 PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS				PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS				
	MADRE	ORDEN	CUIDADOS	ALFABETISMO			NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
2.1	2.7	2.8	2.9	2.10			2.11	
N U M E R O D E R E G I S T R O	¿Quién es la madre de (NOMBRE)?	¿Qué lugar ocupa (NOMBRE) entre todos los hijos(a) que tuvo su mamá, (hayan vivido o no)?	¿Quién está al pendiente de (NOMBRE) en la comida del medio día?	¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?			¿Cuál es el último año o grado que (NOMBRE) pasó (aprobó) en la escuela?	
	<div>ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA MADRE</div> PERSONA FUERA DEL HOGAR 77	<div>ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN</div>	<div>ANOTE EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA PERSONA O EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</div> ESCUELA O GUARDERÍA 66 PERSONA FUERA DEL HOGAR 77 NADIE 99				NIVEL: NINGUNO 0 0 KINDER 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 PREPARATORIO 4 BACHILLERATO 5 NORMAL BÁSICA 6 PROFESIONAL 7 POSGRADO 9 9 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

VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD		Ocupación u oficio	Situación en el trabajo
2.1	2.14	2.15	2.16
<p>Además de (CONDICIÓN 2.13), ¿la semana pasada (NOMBRE)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> </div> <p>vendió algunos productos (ropa, cosméticos, alimentos, etc.)? 1</p> <p>ayudó a trabajar en un negocio familiar? 3</p> <p>hizo algún producto para vender (alimentos, artesanías, ropa)? 4</p> <p>a cambio de un pago lavó, planchó o cosió? 5</p> <p>ayudó a trabajar en las actividades agrícolas o en la cría de animales? 6</p> <p>a cambio de un pago realizó otro tipo de trabajo (actividad)? 7</p> <p>NO TRABAJA 2</p> <p>NO SABE 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>→ PASE A 3.10</p> </div>	<p>¿Cuáles son las tareas o funciones que hace (NOMBRE) en su trabajo?</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">ANOTE TEXTUALMENTE</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> </div> <p>empleado(a) u obrero? 1</p> <p>jornalero(a) o peón? 2</p> <p>patrón(a) o empresario(a)</p> <p>(contrata trabajadores)? 3</p> <p>trabajador(a) por su cuenta (no contrata trabajadores)? .. 4</p> <p>trabajador(a) sin pago en el negocio o predio familiar? 5</p>	
	→	→	→
	CÓDIGO	TAREAS O FUNCIONES	SITUACIÓN
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			

III. MORBILIDAD

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS						
FECHA DE NACIMIENTO			DIARREA			
3.1			3.2			
¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?			En las últimas dos semanas (NOMBRE) ¿Ha tenido diarrea?			
FECHA DE LA ENTREVISTA			Sí 1 NO 2 NO SABE 9			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> DÍA MES AÑO </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 5px;"> SÍ NO NO SABE </div>			

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS

		SÍNTOMAS	CONTINUACIÓN	DURACIÓN	RESPIRATORIA Y OTRAS	SÍNTOMAS
2.1	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	
N U M E R O D E R E G I S T R O	<p>¿Durante la diarrea, (NOMBRE) tuvo:</p> <p>vómito? 01</p> <p>fiebre o calentura? 02</p> <p>bajó de peso? 03</p> <p>falta de apetito? 04</p> <p>desgano? 05</p> <p>mucha sed? 06</p> <p>sangre en excremento? 07</p> <p>moco en excremento? 08</p> <p>NINGUNA 11</p> <p>NO SABE 99</p> <p>ADEMÁS SI ES MENOR DE 1 AÑO</p> <p>ojos hundidos? 09</p> <p>mollera hundida? 10</p> <p>otra cosa? 77</p> <p>PUEDE REGISTRAR HASTA 3 OPCIONES</p>	<p>¿Todavía tiene (NOMBRE) diarrea?</p> <p>En las últimas dos semanas (NOMBRE) ¿Cuántos días ha tenido diarrea?</p> <p>ANOTE NÚMERO DE DÍAS</p> <p>NO SABE 99</p>	<p>En las últimas dos semanas (NOMBRE) ¿Ha tenido...</p> <p>catarro, gripe o anginas? 1</p> <p>bronquitis o neumonía? 3</p> <p>dengue, ronchas o lombrices? 4</p> <p>otra? 7</p> <p>NINGUNA 2</p> <p>NO SABE 9</p> <p>PUEDE REGISTRAR HASTA 2 OPCIONES</p>	<p>Por esta(s) enfermedad(es) (3.6) (NOMBRE) ha tenido...</p> <p>fiebre o calentura? 1</p> <p>bajó de peso? 2</p> <p>falta de apetito? 3</p> <p>desgano? 4</p> <p>otra cosa? 5</p> <p>NINGUNA 6</p> <p>NO SABE 9</p> <p>PUEDE REGISTRAR HASTA 3 OPCIONES</p>		
	→	→	→	→	→	
	CÓDIGOS	SI NO NO SABE	DÍAS	CÓDIGOS	CÓDIGOS	
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 5 A 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

2.1
N
Ú
M
E
R
O

D
E

R
E
G
I
S
T
R
O

CRÓNICAS

INICIO DE ENFERMEDAD

SÍNTOMAS

ACCIDENTE

3.10

3.11

3.12

3.13

¿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

convulsiones (ataques)? 02

diabetes? 03

hipertensión (presión alta)? 04

gastritis, úlcera gástrica? 05

enfermedad del corazón? 06

enfermedad del riñón? 07

leucemia o algún otro

tipo de cáncer? 08

NINGUNA DE

LAS ANTERIORES 22

NO SABE 99

MENOS DE 1 MES 1

DE 1 MES A 6 MESES 2

DE 6 MESES A 1 AÑO 3

MÁS DE 1 AÑO 4

NO SABE 9

bajó de peso? 1

perdió el hambre? 3

sintió desgano? 4

otra cosa? 7

NINGUNA 2

NO SABE 9

PUEDE REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES

PUEDE REGISTRAR HASTA TRES OPCIONES

→

→

→

↓

CÓDIGOS

CÓDIGO

CÓDIGOS

SI

NO

NO SABE

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

1

2

9

1

2

9

1

2

9

1

2

9

1

2

9

1

2

9

1

2

9

1

2

9

1

2

9

1

2

9

1

2

9

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			
N C M E R U D E R E G I S T R O	¿Pesaron a (NOMBRE) al nacer?	¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?		<div> <div>MENORES DE 5 AÑOS PESAR DESNUDOS O SÓLO ROPA INTERIOR</div> </div>	LIGERA 1 GRUESA 2 SIN ROPA 3	LONGITUD: MENORES DE 24 MESES TALLA: 24 MESES O MÁS NO SEMIDIÓ 222.2	SIN PROBLEMA 1 PROBLEMA FÍSICO 2 NO COOPERÓ 3 SE NEGÓ 4 NO SE ENCONTRÓ 5			
	SI 1 NO 2 NO SABE 9 <div> <div>PASE A 4.5</div> </div>	NO SABE 9.999 <div> <div>REGISTRE EL PESO EN KILOS Y TRES DECIMALES</div> </div>		NO SE PESÓ 222.22						
	→			→	→	→	→			
	SI	NO	NO SABE	KILOS	GRAMOS	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]

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

 2.1
N
U
M
E
R
O
D
E
R
E
G
I
S
T
R
O

CIRCUNFERENCIA CADERA	EMBARAZOS	NACIMIENTOS	VITAMINAS Y COMPLEMENTO ALIMENTICIO					
4.12	4.13	4.14	4.15			4.16		
EXCEPTO EMBARAZADAS	Pregunte: A CADA MUJER ¿Cuántos embarazos ha tenido (logrados o no)? NINGUNO 00 ↓ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 4.15</div>	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			¿Cuál? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> SI LA TIENE A LA MANO PIDA QUE SE LA MUESTRE </div> CODIFIQUE CON LA TABLA ANEXA <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> REGISTRE HASTA 2 </div>		
→	→	→	→			→		
CENTIMETROS mm	EMBARAZOS	NACIMIENTOS	SÍ	NO	NO SABE	1° VIT	2° 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			

PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MUJERES DE 12 A 49 AÑOS
FRECUENCIA DE CONSUMO
4.17
En los últimos 6 meses ¿cuánto tiempo tomó vitaminas (NOMBRE)?
MENOS DE 1 MES 1
DE 1 A 2 MESES 2
DE 3 A 4 MESES 3
MÁS DE 4 MESES 4
REGISTRE HASTA 2
4.18
¿Cada cuándo la toma o tomaba la vitamina (NOMBRE)?
DIARIO 1
**3 A 6 VECES
POR SEMANA 2**
**1 A 2 VECES
POR SEMANA 3**
**MENOS DE 1 VEZ
POR SEMANA 4**
DOSIS ÚNICA 5
REGISTRE HASTA 2

1° VIT
2° VIT
1° VIT
2° VIT

PRUEBAS DE LABORATORIO

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

FRECUENCIA DE CONSUMO

HEMOGLOBINA

4.19

4.20

¿Actualmente (NOMBRE)
se está aplicando o
tomando vitaminas o
algún complemento
alimenticio?

SE TOMÓ MUESTRA DE SANGRE

SI LA TIENE A LA
MANO PIDA QUE
SE LA MUESTRE

CODIFIQUE CON LA
TABLA ANEXA

REGISTRE HASTA ?

→

↓

1ª VIT

2ª VIT

SI

NO

g/dL

01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/> • <input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<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 CONTINUE 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		DIF 01 LICONSA 02 COPIJ 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 FORMES 5 1 VEZ CADA 6 DOS MESES 7 1 VEZ CADA TRES MESES 8 MENOS DE 1 VEZ 9 CADA 3 MESES 10 NO SABE 11
SI TODAS LAS RESPUESTAS SON NO PASE A 5.5 ↓		→		→	→
ALIMENTOS	SI	NO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
leche?	1	2	____	____	____
tortillas?	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? _____	1	2	____	____	____
(ESPECIFIQUE)					

5.5 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 561

¿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 562

¿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,
MAESTRÍA O CEMENTO 8
OTROS MATERIALES 7
NO SABE 9

6.3 TECHOS 563

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

LÁMINA DE CARTÓN 1
PALMA, TEJAMANILLO O 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 564

¿Hay en esta vivienda un cuarto para cocinar?

SI 1
NO 2

PASE A
6.6

6.5 COCINA EXCLUSIVA 565

¿Este cuarto se usa para dormir?

SI 1
NO 2

6.6 NÚMERO DE CUARTOS 566

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

NÚMERO DE CUARTOS

6.7 CUARTOS PARA DORMIR 567

¿Cuántos cuartos usan para dormir?

NÚMERO DE CUARTOS

6.8 DISPONIBILIDAD DE AGUA 568

¿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 569

¿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
6.11

6.10 DRENAJE 5610

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..

Sella - j

LEA LAS OPCIONES Y
CODIFIQUE EN CADA UNA

	SI	NO
a radio o grabadora?	1	2
b televisión?	1	2
c videocasetera?	1	2
d teléfono?	1	2
e computadora?	1	2
f refrigerador?	1	2
g lavadora?	1	2
h estufa?	1	2
i calentador?	1	2
j 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)?	Sí 1 NO 2 → PASE A 4	Sí 1 NO 2 → PASE A 4
2 ¿Aún le da pecho a (NOMBRE)?	Sí 1 → PASE A 4 NO 2	Sí 1 → PASE A 4 NO 2
3 ¿Cuántos meses amamantó a (NOMBRE)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> SIMAS 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;"> _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> DÍAS O MESES </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> DÍAS O MESES </div>

A	B		C		D	
ALIMENTOS	¿En cualquier momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) alguno de los siguientes alimentos? ↓		De _____ <small>LEA LOS ALIMENTOS DE LA COLUMNA A</small> ¿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 _____
	SÍ NO	SÍ NO				
4 AGUA SIMPLE	1 2	1 2			_____ DIAS _____ MESES	_____ DIAS _____ MESES
5 OTRA LECHE DISTINTA AL PECHO 1. Fórmula infantil 2. Leche en polvo o diluida 3. Leche fresca entera	1 2	1 2	No del alimento	No del alimento	_____ DIAS _____ MESES	_____ DIAS _____ MESES
6 LÍQUIDOS 1. Agua endulzada 2. Té (simple o endulzado) 3. Café (simple o endulzado) 4. Refresco 5. Caldo de frijol (sólo el caldo) 6. Caldito de pollo o res (sólo el caldo) 7. Agua miel (sin fermentar)	1 2	1 2	No del alimento	No del alimento	_____ DIAS _____ MESES	_____ DIAS _____ MESES
7 OTROS LÍQUIDOS SOLOS O ENDULZADOS 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	_____ DIAS _____ MESES	_____ DIAS _____ MESES

A	B				C				D			
ALIMENTOS	¿En cualquier momento de ayer o de anoche, le dio a (NOMBRE) alguno de los siguientes alimentos? ↓				De _____ <small>LEA LOS INCISOS DE LA COLUMNA A</small> ¿cuál fue el primero que tomó (comió) (NOMBRE) regularmente? NINGUNO 0				(ALIMENTO) ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomarlo (comerlo) 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								
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		DIAS MESES		DIAS 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		DIAS MESES		DIAS 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		DIAS MESES		DIAS MESES	

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

SUPERVISADO POR		CODIFICADO POR		CAPTURADO POR	
NOMBRE					
CLAVE					
FECHA					