

SECCIÓN 3. Accidentes y violencias

Pregunta 3.2

(Nombre) ¿cómo fue que te accidentaste?

Ejemplos para cada una de las opciones de respuesta

Accidentes de transporte terrestre: atropellamiento, choque, o caída de automóvil, autobús, tren, bicicleta, carreta, caballo.....	01
Otros accidentes de transporte: accidentes de transporte acuático, aéreo, teleférico.....	02
Caída: a nivel del piso, desde un mueble, escalera, andamio, árbol, edificio, casa habitación.....	03
Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas: golpe, aplastamiento o contacto traumático con objetos, maquinaria o equipos de elevación, herramientas, vidrios u otros objetos cortantes, disparos y explosiones accidentales.....	04
Exposición a fuerzas mecánicas animadas: contacto traumático con otras personas, animales, o plantas no venenosos.....	05
Ahogamiento y sumersión accidentales: en bañeras, piscinas, aguas naturales.....	06
Otros accidentes que obstruyen la respiración: sofocación o estrangulamiento accidental, sofocación por hundimiento, inhalación de contenido gástrico, alimentos u objetos, encierro en lugar herméticamente cerrado, sofocación por bolsa plástica.....	07
Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire ambientales extremas: choque eléctrico, exposición a rayos x, rayos UV, láser, calor o frío excesivo artificial, presión atmosférica alta o baja.....	08
Exposición al fuego, humo y llamas: en incendios, fogatas, chimeneas, ignición de combustibles, ropas.....	09
Contacto con calor y sustancias calientes: bebidas, alimentos, agua, vapor, aire caliente, utensilios domésticos, calentadores, motores o metales calientes.....	10
Contacto traumático con animales y plantas venenosos (por ej.: serpientes, arañas, avispas, abejas, ciempiés, medusas.....	11
Exposición a fuerzas de la naturaleza: calor o frío natural, radiación solar, rayos, terremoto, avalancha, ciclón, inundación.....	12
Envenenamiento accidental: por medicamentos, alcohol, solventes, derivados del petróleo, gases de escape, plaguicidas, raticidas y otros productos químicos.....	13
Exposición accidental a otros factores: exceso de esfuerzo físico, privación de alimentos y agua, y exposición a otros factores.....	14
No sabe	88
No responde	99

SECCIÓN 1. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

1.1 (NOMBRE) ¿en general, consideras que tu estado de salud en el último año ha sido...	bueno?	1	/ /
	regular?	2	
	malo?	3	
	No sabe	8	

SECCIÓN 2. VACUNACIÓN

2.1 (NOMBRE) ¿te han puesto la vacuna toxoide tetánico o toxoide tetánico y diftérico?	Sí	1	/ /
	No	2	
	No sabe	8	
			PASE A 3.1
2.2 (NOMBRE) ¿cuántas veces te la han puesto?	No responde	9	/ / Anote veces

SECCIÓN 3. ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

3.1 (NOMBRE) ¿tuviste algún problema de salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses (más de uno, refiérase al último)?	Sí	1	/ /
	No	2	
	No Responde	9	
			PASE A 3.4
3.2 (NOMBRE) ¿cómo fue que te accidentaste?	Accidente de transporte terrestre	01	/ / / /
	Otros accidentes de transporte	02	
	Caída	03	
	Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas	04	
	Exposición a fuerzas mecánicas animadas	05	
	Ahogamiento y sumersión accidentales.....	06	
	Otros accidentes que obstruyen la respiración	07	
	Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire ambientales extremas	08	
	Exposición al fuego, humo y llamas	09	
	Contacto con calor y sustancias calientes	10	
	Contacto traumático con animales y plantas venenosas.....	11	
	Exposición a fuerzas de la naturaleza	12	
	Envenenamiento accidental	13	
Exposición accidental a otros factores	77		
No sabe	88		
No responde	99		

REVISAR LA PÁGINA DOS DEL CUESTIONARIO PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA

<p>3.3 (NOMBRE) ¿en qué lugar te encontrabas cuando ocurrió el accidente?</p>	<p>Hogar 01 Escuela 02 Trabajo 03 Vía pública 04 Campo 05 Lugar de recreo o deportivo 06 Establecimiento comercial 07 Otro 77 No responde 99</p>	<p>___/___/___</p>
<p>3.4 (NOMBRE) ¿tuviste algún problema de salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses (más de uno, refiérase al último)?</p>	<p>Sí 1 No 2 No Responde..... 9</p>	<p>___/___</p>
<p>SI EN 3.1 Y 3.4 CONTESTÓ "NO" O "NO RESPONDE", PASE A 4.1 SI CONTESTÓ EN 3.1 "SÍ" Y EN 3.4 "NO", PASE A 3.9; SI CONTESTÓ EN 3.1 "NO" Y EN 3.4 "SÍ", CONTINÚE</p>		
<p>3.5 (NOMBRE) ¿qué fue lo que te pasó?</p>	<p>Robo, asalto 01 Incidente de tránsito 02 Agresión sin motivo aparente 03 Secuestro 04 Detención 05 Discusión/altercado 06 Agresión sexual 07 Otro 77 No responde 99</p>	<p>___/___/___</p>
<p>3.6 (NOMBRE) ¿cómo o con qué te agredieron?</p>	<p>Agresión con sustancias 01 Intento de ahorcamiento o estrangulación 02 Intento de sofocación o sumersión 03 Ataque con arma de fuego y explosivos 04 Ataque humo, fuego y llamas 05 Ataque con vapor de agua y objeto caliente 06 Ataque con arma punzocortante 07 Ataque con objeto romo (golpe con objeto sin filo) 08 Empujón desde lugar elevado 09 Empujón delante de objeto en movimiento 10 Colisión con vehículo de motor 11 Lucha o pelea sin armas 12 Ataque sexual 13 Agresión psicológica 14 Otro 77 No responde..... 99</p>	<p>___/___/___</p>

<p>3.7 (NOMBRE) ¿en qué lugar te encontrabas cuando ocurrió (MENCIONE VIOLENCIA)?</p>	<p>Hogar 01 Escuela 02 Trabajo 03 Vía pública 04 Campo 05 Lugar de recreo o deportivo 06 Establecimiento comercial 07 Otro 77 No responde 99</p>	<p>___/___/___</p>
<p>3.8</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>EN CASO DE ACCIDENTE Y VIOLENCIA, HAGA ESTA PREGUNTA AL ENTREVISTADO Y REFIÉRASE DE 3.9 A 3.20 A ESE EVENTO</p> </div> <p>(NOMBRE) ¿cuál consideras que te causó más problemas de salud...</p>	<p>accidente? 1 violencia? 2</p>	<p>___/___/___</p>
<p>3.9 (NOMBRE) ¿qué tipo de daño tuviste?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>ANOTAR OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</p> </div>	<p>Moretón 01 Raspón superficial 02 Golpe 03 Hueso roto 04 Hueso o articulación zafado 05 Torcedura de articulación 06 Cortada o perforación de la piel o tejido subyacente 07 Raspón o raspadura profunda 08 Arrancamiento o cercenamiento de algún miembro o apéndice 09 Quemada, desde enrojecimiento hasta carbonización 10 Intoxicación por sustancias (medicamentos, ponzoñas, o sustancias químicas).. 11 Daño psicológico 12 Otro 77 No responde 99</p>	<p>___/___/___</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <p>PASE A 3.11</p> </div>

SECCIÓN 4. FACTORES DE RIESGO

4.1 (NOMBRE) ¿has fumado por lo menos cien cigarrillos de tabaco durante toda tu vida?	Sí 1 No 2 Nunca ha fumado 0	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 4.4																																								
4.2 (NOMBRE) ¿cuántos cigarrillos fumas o fumabas y con qué frecuencia?	Diario 1 Semanal 2 Mensual 3 Ocasional 4 Al menos una vez al año 5 No sabe cuántos 88	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Frecc. Cigarros																																								
4.3 (NOMBRE) ¿durante cuánto tiempo has fumado o fumaste cigarrillos?	Menos de un mes 00 00 No sabe 88 88	<input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> años																																								
4.4 (NOMBRE) ¿qué tan a menudo tomas una copa o vaso completo de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, brandy, ron, vodka, tequila, mezcal, pulque, aguardiente o bebidas preparadas con ellos?	Nunca toma 00 1 o 2 veces al año 01 3 a 6 veces al año 02 7 a 11 veces al año 03 1 vez al mes 04 2 o 3 veces al mes 05 1 a 2 veces por semana 06 3 a 4 veces por semana 07 Diariamente 08 No sabe 88 No responde 99	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 4.6 <input type="text"/> <input type="text"/> PASE A 4.6																																								
4.5 (NOMBRE) ¿con qué frecuencia te emborrachaste en el último mes?	Nunca en el último mes 1 Una vez en el mes 2 2 o 3 veces el último mes 3 1 o más veces a la semana 4 No sabe 8 No responde 9	<input type="text"/> <input type="text"/>																																								
4.6 (NOMBRE) ¿me podrías decir si has tomado, usado o probado por indicación médica o por alguna otra razón... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> DEBE ANOTAR RESPUESTA EN CADA OPCIÓN </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">N.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>opiáceos ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>tranquilizantes para los nervios?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>sedantes o barbitúricos para dormir?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>mariguana?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>cocaína?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>heroína?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>inhalables como thiner, pegamento, pintura, gasolina?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	N.R.	opiáceos ?	1	2	9	tranquilizantes para los nervios?	1	2	9	sedantes o barbitúricos para dormir?	1	2	9	anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía?	1	2	9	mariguana?	1	2	9	cocaína?	1	2	9	heroína?	1	2	9	alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD?	1	2	9	inhalables como thiner, pegamento, pintura, gasolina?	1	2	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	SÍ	NO	N.R.																																							
opiáceos ?	1	2	9																																							
tranquilizantes para los nervios?	1	2	9																																							
sedantes o barbitúricos para dormir?	1	2	9																																							
anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía?	1	2	9																																							
mariguana?	1	2	9																																							
cocaína?	1	2	9																																							
heroína?	1	2	9																																							
alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD?	1	2	9																																							
inhalables como thiner, pegamento, pintura, gasolina?	1	2	9																																							

<p>5.5 (NOMBRE) ¿quién decidió usar (MENCIONE MÉTODO) en esa ocasión?</p>	<p>Ella 1 El 2 Ambos 3 Otro..... 7 No responde 9</p>	<p>/ / /</p>
<p>5.6 (NOMBRE) ¿conoces alguna forma para prevenir enfermedades de transmisión sexual?</p>	<p>Sí 1 No 2 No responde 9</p>	<p>/ / / PASE A 5.8</p>
<p>5.7 (NOMBRE) ¿cuál consideras la mejor?</p>	<p>Condón 1 No tener relaciones sexuales..... 2 Relaciones sólo con tu pareja 3 Otro..... 7 No responde 9</p>	<p>/ / /</p>
<p>5.8</p> <p>SI EN PREGUNTA 5.3 RESPONDIÓ NO TENER RELACIONES SEXUALES, PASE A 5.25</p> <p>(NOMBRE) ¿ en los últimos 12 meses has tenido alguna enfermedad de las siguientes...</p> <p>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p>	<p>verrugas genitales? 1 gonorrea?..... 2 sífilis? 3 otras enfermedades de transmisión sexual? 7 Especifique</p> <p>Ninguna?..... 0 No sabe 8 No responde 9</p>	<p>/ / / / / / / / / / / / PASE A 5.10</p>
<p>5.9 (NOMBRE) ¿cuándo tuviste la (última) enfermedad de transmisión sexual...</p> <p>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p>	<p>lo consultaste con amigos(as)? 01 usaste remedios caseros? 02 usaste medicamentos que tenías en casa o que anuncian por televisión? . 03 consultaste a curandero(a) o médico tradicional? 04 fuiste a la clínica/centro de salud o con promotor(a) o asist. de salud?.. 05 consultaste un médico privado? 06 consultaste al farmacéutico(a)?..... 07 otro? 77 No hizo nada 00 No responde 99</p>	<p>/ / / / / /</p>
<p>5.10</p> <p>PARA MUJERES DE 12 A 19 AÑOS SÓLO SI EN 5.3 RESPONDIÓ HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES; SI NO, PASE A 5.25, HOMBRES PASE A 5.20</p> <p>(NOMBRE) ¿alguna vez has estado embarazada?</p>	<p>Sí 1 No 2 No responde 9</p>	<p>/ / / PASE A 5.13</p>

<p>5.11 (NOMBRE) ¿de estos embarazos cuántos han...</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">ANOTE EL NÚMERO DE PRODUCTO</p>	<p>nacido vivos, aunque hayan muerto poco después?.....</p> <p>nacido muertos?.....</p>	<p style="text-align: center;">/ /</p> <p style="text-align: center;">/ /</p>
<p>5.12 (NOMBRE) ¿cuántas pérdidas o abortos?</p>	<p>Ninguno 0</p> <p>No responde 9</p>	<p style="text-align: center;">/ /</p> <p style="text-align: center;">Anote cantidad</p>
<p>5.13 (NOMBRE) ¿actualmente estás embarazada?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p style="text-align: center;">/ /</p>
<p>5.14</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">SÓLO PARA MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS (5.11), SINO PASE A 5.20</p> <p>(NOMBRE) ¿en qué mes y año nació tu último(a) hijo(a) nacido vivo?</p>	<p>No recuerda 88 8888</p>	<p style="text-align: center;">/ / / /</p> <p style="text-align: center;">Mes</p> <p style="text-align: center;">/ / / / / /</p> <p style="text-align: center;">Año</p>
<p>5.15</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">SÓLO PARA MUJERES CUYO ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO FUE DE 1994 A LA FECHA, SINO PASE A 5.20</p> <p>(NOMBRE) cuando estuviste embarazada de tu último hijo ¿quién y cuántas veces te revisó por el embarazo?</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">ANOTE HASTA 2 OPCIONES</p>	<p>Médico 1</p> <p>Enfermera 2</p> <p>Promotora, auxiliar o asist. de salud .. 3</p> <p>Partera 4</p> <p>Otro personal 7</p> <p>Nadie 0</p> <p>No responde 9</p>	<p style="text-align: center;">/ / / /</p> <p style="text-align: center;">Pers. Veces</p> <p style="text-align: center;">/ / / /</p> <p style="text-align: center;">Pers. Veces</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 5.17</p>
<p>5.16 (NOMBRE) ¿cuántos meses de embarazo tenías cuando te revisaron por primera vez?</p>	<p>No recuerda 88</p>	<p style="text-align: center;">/ / / /</p> <p style="text-align: center;">Meses</p>
<p>5.17 (NOMBRE) ¿quién te atendió de tu último parto?</p>	<p>Médico 1</p> <p>Enfermera 2</p> <p>Promotora, auxiliar o asist. de salud .. 3</p> <p>Partera 4</p> <p>Pariente o familiar 5</p> <p>Otro personal 7</p> <p>Nadie 0</p>	<p style="text-align: center;">/ /</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 5.20</p>
<p>5.18 (NOMBRE) ¿dónde te atendieron durante tu último parto?</p>	<p>Seguro Social (clínica u hospital) 01</p> <p>ISSSTE (clínica u hospital) 02</p> <p>SSA (centro de salud u hospital) 03</p> <p>IMSS Sol. (clínica u hospital) 04</p> <p>Otra institución de salud del gobierno.. 05</p> <p>Consultorio, clínica u hospital privado .. 06</p> <p>Casa de la partera 07</p> <p>Casa de la entrevistada 08</p> <p>Otro lugar 77</p>	<p style="text-align: center;">/ / / /</p>

5.19 (NOMBRE) ¿tu último parto fue...	normal? 1 cesárea? 2	/ /
5.20 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PARA MUJERES Y HOMBRES DE 12 A 19 AÑOS, SI EN 5.3 RESPONDIÓ HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES; SI NO, PASE A 5.25 </div> (NOMBRE) ¿actualmente tú o tu pareja están haciendo algo para no tener hijos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> PASE A 5.22 No 2 <input type="checkbox"/> Está embarazada 3 <input type="checkbox"/> PASE A 5.25 No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	/ /
5.21 (NOMBRE) ¿están tú o tu pareja operados para ya no tener hijos?	Sí ¿Quién? Ella (o él) 1 <input type="checkbox"/> PASE A 5.23 Su pareja 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> PASE A 5.24 No responde 9 <input type="checkbox"/> PASE A 5.25	/ /
5.22 (NOMBRE) ¿qué están haciendo tú o tu pareja para no tener hijos? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>	Operación femenina u OTB 01 Operación masculina o vasectomía ... 02 Pastillas o píldoras 03 Inyecciones 04 Norplant, tubitos o implantes 05 Dispositivo, DIU, o aparatito 06 Preservativo o condón 07 Ovulos, jaleas, espumas o diafragma . 08 Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings 09 Retiro o coito interrumpido 10 Otro 77 No responde 99	/ / / / / / / /

5.23

REVISE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR Y APLIQUE 5.23 SÓLO PARA EL MÉTODO QUE TENGA EL CÓDIGO MENOR. EN CASO DE HABER CONTESTADO SOLAMENTE LAS OPCIONES 09, 10, 77 O 99, PASE A 5.25

(NOMBRE) ¿dónde (conseguiste, te pusieron o te (lo, la) operaron)?

- Seguro Social (clínica u hospital) 01
- ISSSTE (clínica u hospital) 02
- SSA (Centro de Salud u hospital) 03
- IMSS Sol. (clínica u hospital) 04
- DIF 05
- Otra institución de salud del gobierno .. 06
- MEXFAM 07
- FEMAP 08
- Consultorio, clínica u hospital privado . 09
- Farmacia 10
- Tienda de autoservicio 11
- Otro lugar 77
- No Sabe..... 88

PASE A 5.25

5.24 (NOMBRE) ¿cuál es la razón principal por la que actualmente no están haciendo algo para no tener hijos?

- Está embarazada 01
- Quiere embarazarse 02
- No lo necesita
- Es soltera, separada, viuda o divorciada 03
- Por esterilidad de ella o su pareja 04
- Por ausencia temporal de su pareja 05
- Porque dejó de tener relaciones sexuales 06
- Teme a los efectos colaterales 07
- Tuvo efectos colaterales 08
- Se opone su pareja 09
- Tiene alguna enfermedad y refiere no usar nada 10
- Está dando el pecho
- Y no considera necesario usar método 11
- Y cree que puede haber problemas de salud 12
- Por razones religiosas 13
- No está de acuerdo en usar métodos .. 14
- No conoce métodos 15
- No sabe como se usan los métodos 16
- Otra razón 77
- No sabe 88
- No responde 99

PARA MUJERES DE 10 A 19 AÑOS, HOMBRES PASE A 6.1

5.25 (NOMBRE) ¿a qué edad tuviste tu primera regla o menstruación?

- No ha comenzado 00

Anote edad en años

SECCIÓN 6. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

6.1 (NOMBRE) ¿tienen (o tenían) tus padres algún parentesco entre sí?	Sí	1	/ _ /
	No	2	
	No sabe	8	

De los siguientes familiares, a tu _____ ¿un doctor le dijo que tiene o tuvo _____ ?

FAMILIAR ENFERMEDAD

FAMILIAR(ES)	6.2 ...diabetes (o alta el azúcar en la sangre) ?			6.3 ...la presión alta?		
	Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe
a) Padre	1	2	8	1	2	8 / _ /
b) Madre	1	2	8	1	2	8 / _ /
c) Hermano(a) gemelo(a) ¿cuántos?	/ _ / _ /	22	88	/ _ / _ /	22	88
d) Abuelos(as) ¿cuántos?	/ _ / _ /	22	88	/ _ / _ /	22	88
e) Hermanos(as) ¿cuántos?	/ _ / _ /	22	88	/ _ / _ /	22	88
f) Tíos(as) ¿cuántos?	/ _ / _ /	22	88	/ _ / _ /	22	88

SECCIÓN 7. REGISTRO DE MEDICIONES CLÍNICAS

7.1 PESO ¿se realizó a (NOMBRE) medición de peso?	Sí / _ / _ / / _ / _ / _ / 1	/ _ /
	Kg y g.	
	No _____ 2	
	Anote causa	
7.2 TALLA ¿se midió a (NOMBRE) de pie?	Sí / _ / _ / _ / y / _ / 1	/ _ /
	cm. y mm.	
	No _____ 2	
	Anote causa	

