

SECRETARÍA DE SALUD
Encuesta Nacional de Salud 2000

Cuestionario Individual del Adolescente de 10 a 19 Años de Edad

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____ / ____ / ____
MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ / ____ / ____
CLAVE DE AGEB _____ / ____ / ____ - ____ / ____
LOCALIDAD _____ / ____ / ____ / ____
MANZANA _____ / ____ / ____ / ____

CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO DE
CONTROL..... / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
FOLIO DE VIVIENDA..... / ____ / ____
HOGAR..... / ____ DE ____

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA O NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM O NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA))

NÚMERO EXTERIOR

NÚMERO INTERIOR

(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE VISITA	1ª.	2ª.	ÚLTIMA VISITA / ____
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____ / ____
FECHA (dd mm aaaa)	____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
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) |

NÚM. DE REGISTRO DEL ADOLESCENTE SELECCIONADO / ____ / ____

NOMBRE _____		
FECHA DE NACIMIENTO _____ DÍA MES AÑO		
SEXO _____	EDAD _____	ESTADO CONYUGAL _____
HOMBRE..... 1	AÑOS MESES	(TRANSCRIBA CLAVE) / ____ / ____
MUJER..... 2		

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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A 3.1 </div>
No	2		
No sabe	8		
2.2 (NOMBRE) ¿cuántas veces te la han puesto?	No responde	9	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Anote veces </div>

SECCIÓN 3. ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

<p>3.1 (NOMBRE) ¿tuviste algún problema de salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses (más de uno, refiérase al último)?</p>	<p>Sí 1 No 2 No Responde 9</p>	<div style="text-align: right;">/ /</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; float: right;">PASE A 3.4</div>
<p>3.2 (NOMBRE) ¿cómo fue que te accidentaste?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px; text-align: center;"> REVISAR LA PÁGINA DOS DEL CUESTIONARIO PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA </div>	<p>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</p>	<div style="text-align: right;">/ //</div>

<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 align="center">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; margin: 10px 0;"> <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; margin: 10px 0;"> <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; width: 40px; height: 20px; margin: 10px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <p>PASE A 3.11</p>

<p>3.10 (NOMBRE) ¿qué parte(s) del cuerpo te lastimaste?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES; MÁS DE ÉSTAS, ANOTE EL CÓDIGO "16"</p> </div>	<table> <tr><td>Cabeza/cara</td><td>01</td></tr> <tr><td>Cuello</td><td>02</td></tr> <tr><td>Tórax</td><td>03</td></tr> <tr><td>Abdomen</td><td>04</td></tr> <tr><td>Pelvis</td><td>05</td></tr> <tr><td>Glúteos</td><td>06</td></tr> <tr><td>Genitales</td><td>07</td></tr> <tr><td>Columna vertebral</td><td>08</td></tr> <tr><td>Hombro(s)</td><td>09</td></tr> <tr><td>Brazo(s)</td><td>10</td></tr> <tr><td>Antebrazo(s)</td><td>11</td></tr> <tr><td>Mano(s)</td><td>12</td></tr> <tr><td>Muslo(s)</td><td>13</td></tr> <tr><td>Pierna(s)</td><td>14</td></tr> <tr><td>Pie(s)</td><td>15</td></tr> <tr><td>Todo el cuerpo</td><td>16</td></tr> <tr><td>Otro</td><td>77</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>99</td></tr> </table>	Cabeza/cara	01	Cuello	02	Tórax	03	Abdomen	04	Pelvis	05	Glúteos	06	Genitales	07	Columna vertebral	08	Hombro(s)	09	Brazo(s)	10	Antebrazo(s)	11	Mano(s)	12	Muslo(s)	13	Pierna(s)	14	Pie(s)	15	Todo el cuerpo	16	Otro	77	No responde	99	<table> <tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> </table>	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cabeza/cara	01																																																				
Cuello	02																																																				
Tórax	03																																																				
Abdomen	04																																																				
Pelvis	05																																																				
Glúteos	06																																																				
Genitales	07																																																				
Columna vertebral	08																																																				
Hombro(s)	09																																																				
Brazo(s)	10																																																				
Antebrazo(s)	11																																																				
Mano(s)	12																																																				
Muslo(s)	13																																																				
Pierna(s)	14																																																				
Pie(s)	15																																																				
Todo el cuerpo	16																																																				
Otro	77																																																				
No responde	99																																																				
/	/	/																																																			
/	/	/																																																			
/	/	/																																																			
/	/	/																																																			
/	/	/																																																			
<p>3.11 (NOMBRE) ¿cuándo te ocurrió el accidente o violencia?</p>	<table> <tr><td>Últimas 2 semanas</td><td>1</td></tr> <tr><td>De 3 semanas a 2 meses</td><td>2</td></tr> <tr><td>De 3 a 6 meses</td><td>3</td></tr> <tr><td>De 7 a 12 meses</td><td>4</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>9</td></tr> </table>	Últimas 2 semanas	1	De 3 semanas a 2 meses	2	De 3 a 6 meses	3	De 7 a 12 meses	4	No responde	9	<table> <tr><td>/</td><td>/</td></tr> </table>	/	/																																							
Últimas 2 semanas	1																																																				
De 3 semanas a 2 meses	2																																																				
De 3 a 6 meses	3																																																				
De 7 a 12 meses	4																																																				
No responde	9																																																				
/	/																																																				
<p>3.12 (NOMBRE) ¿cuántos días dejaste de estudiar, trabajar o hacer tus actividades de la vida diaria por este problema?</p>	<table> <tr><td>Ningún día</td><td>000</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>999</td></tr> </table>	Ningún día	000	No responde	999	<table> <tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td colspan="4">Anote días</td></tr> </table>	/	/	/	/	Anote días																																										
Ningún día	000																																																				
No responde	999																																																				
/	/	/	/																																																		
Anote días																																																					
<p>3.13 (NOMBRE) ¿actualmente tienes problemas de salud ocasionados por este accidente o violencia?</p>	<table> <tr><td>Sí</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>9</td></tr> </table>	Sí	1	No	2	No responde	9	<table> <tr><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td colspan="2">PASE A 3.15</td></tr> </table>	/	/	PASE A 3.15																																										
Sí	1																																																				
No	2																																																				
No responde	9																																																				
/	/																																																				
PASE A 3.15																																																					
<p>3.14 (NOMBRE) ¿qué tipo de problema de salud te ocasionó este accidente o violencia?</p>	<table> <tr><td>Limitación o dificultad para moverse o caminar (lo hace con ayuda)</td><td>1</td></tr> <tr><td>Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos</td><td>2</td></tr> <tr><td>Sordera o dificultad para oír</td><td>3</td></tr> <tr><td>Pérdida de la función vocal (mudo).....</td><td>4</td></tr> <tr><td>Dificultad para ver o ceguera</td><td>5</td></tr> <tr><td>Retraso o deficiencia mental</td><td>6</td></tr> <tr><td>Tiene otra limitación física o mental</td><td>7</td></tr> <tr><td colspan="2">Especifique</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>8</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>9</td></tr> </table>	Limitación o dificultad para moverse o caminar (lo hace con ayuda)	1	Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos	2	Sordera o dificultad para oír	3	Pérdida de la función vocal (mudo).....	4	Dificultad para ver o ceguera	5	Retraso o deficiencia mental	6	Tiene otra limitación física o mental	7	Especifique		No sabe	8	No responde	9	<table> <tr><td>/</td><td>/</td></tr> </table>	/	/																													
Limitación o dificultad para moverse o caminar (lo hace con ayuda)	1																																																				
Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos	2																																																				
Sordera o dificultad para oír	3																																																				
Pérdida de la función vocal (mudo).....	4																																																				
Dificultad para ver o ceguera	5																																																				
Retraso o deficiencia mental	6																																																				
Tiene otra limitación física o mental	7																																																				
Especifique																																																					
No sabe	8																																																				
No responde	9																																																				
/	/																																																				

<p>3.15 (NOMBRE) ¿qué hiciste o quién te atendió?</p>	<p>Nada o nadie 01 Remedios caseros, automedicación.....02 Curandero(a) o yerbero(a) 03 Huesero(a) o sobador(a) 04 Encargado(a) comunidad 05 Psicólogo, terapeuta 06 Médico, consultorio 07 Clínica, sanatorio u hospital 08 Otro..... 77 No responde 99</p>	<p>_____ PASE A 3.17 PASE A 3.17</p>
<p>3.16 (NOMBRE) ¿por qué no solicitaron atención médica por lo que te pasó?</p>	<p>No fue necesario 01 Es caro 02 Está muy lejos 03 Falta de confianza 04 Tratan mal 05 Falta de tiempo 06 No hay clínica/hospital 07 Otro 77 No responde 99</p>	<p>_____ PASE A 3.17</p>
<p>3.17 (NOMBRE) ¿cuando sufriste tu accidente o violencia estabas bajo los efectos de...</p>	<p>alcohol? 1 drogas? 2 otro? _____ Especifique No estaba bajo efectos 0 No responde 9</p>	<p>_____ PASE A 3.17</p>
<p>SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE O VIOLENCIA INFLINGIDO POR TERCERA PERSONA; SI NO PASE A 4.1</p>		
<p>3.18 (NOMBRE) ¿sabes si la persona que te lastimó estaba bajo los efectos de...</p>	<p>alcohol? 1 drogas? 2 otro? _____ Especifique No estaba bajo efectos 0 No sabe..... 8 No responde 9</p>	<p>_____ PASE A 4.1</p>
<p>3.19 (NOMBRE) ¿conocías a la persona que te lastimó?</p>	<p>Sí 1 No 2 Inseguro 3 No responde..... 9</p>	<p>_____ PASE A 4.1</p>
<p>3.20 (NOMBRE) ¿quién fue la persona que te lastimó?</p>	<p>Pareja 1 Familiar 2 Amigo 3 Vecino u otro conocido 4 No responde 9</p>	<p>_____ PASE A 4.1</p>

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	/ / 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	/ / / / Frecc. Cigarros																																								
4.3 (NOMBRE) ¿durante cuánto tiempo has fumado o fumaste cigarrillos?	Menos de un mes 00 00 No sabe 88 88	/ / / / meses / / / / 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	/ / / / PASE A 4.6 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	/ /																																								
4.6 (NOMBRE) ¿me podrías decir si has tomado, usado o probado por indicación médica o por alguna otra razón...	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N.R.</td> </tr> <tr> <td>opiáceos ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>tranquilizantes para los nervios?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>sedantes o barbitúricos para dormir?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>anfetaminas o estimulantes para adelgazar o dar energía?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>mariguana?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>cocaína?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>heroína?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>inhalables como thinner, pegamento, pintura, gasolina?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </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 thinner, pegamento, pintura, gasolina?	1	2	9	/ / / / / / / / / / / / / / / / / /
	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 thinner, pegamento, pintura, gasolina?	1	2	9																																							

DEBE ANOTAR RESPUESTA EN CADA OPCION

SECCIÓN 5. SALUD REPRODUCTIVA

PARA 12 A 19 AÑOS, MENORES PASE A 5.25

AHORA TE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS SOBRE EL EMBARAZO Y ALGUNAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN AFECTAR A LOS JÓVENES DE TU EDAD

[illegible]

5.5 (NOMBRE) ¿quién decidió usar (MENCIONE MÉTODO) en esa ocasión?	Ella 1 El 2 Ambos 3 Otro..... 7 No responde 9	/ _ /
5.6 (NOMBRE) ¿conoces alguna forma para prevenir enfermedades de transmisión sexual?	Sí 1 No 2 No responde 9	<input type="checkbox"/> PASE A 5.8
5.7 (NOMBRE) ¿cuál consideras la mejor?	Condón 1 No tener relaciones sexuales..... 2 Relaciones sólo con tu pareja 3 Otro..... 7 No responde 9	/ _ /
5.8 <div>SI EN PREGUNTA 5.3 RESPONDIÓ NO TENER RELACIONES SEXUALES, PASE A 5.25</div> (NOMBRE) ¿ en los últimos 12 meses has tenido alguna enfermedad de las siguientes... <div>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</div>	verrugas genitales? 1 gonorrea?..... 2 sífilis? 3 otras enfermedades de transmisión sexual? 7 Especifique Ninguna?..... 0 No sabe 8 No responde 9	<input type="checkbox"/> PASE A 5.10
5.9 (NOMBRE) ¿cuándo tuviste la (última) enfermedad de transmisión sexual... <div>PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</div>	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	/ _ _ / / _ _ / / _ _ / / _ _ / / _ _ / / _ _ / / _ _ /
5.10 <div>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</div> (NOMBRE) ¿alguna vez has estado embarazada?	Sí 1 No 2 No responde 9	<input type="checkbox"/> PASE A 5.13

5.11 (NOMBRE) ¿de estos embarazos cuántos han...	nacido vivos, aunque hayan muerto poco después?..... nacido muertos?.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ANOTE EL NÚMERO DE PRODUCTO </div>		
5.12 (NOMBRE) ¿cuántas pérdidas o abortos?	Ninguno 0 No responde 9	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Anote cantidad
5.13 (NOMBRE) ¿actualmente estás embarazada?	Sí 1 No 2 No sabe 8	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div>
5.14		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Mes
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> SÓLO PARA MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS (5.11), SINO PASE A 5.20 </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Mes
(NOMBRE) ¿en qué mes y año nació tu último(a) hijo(a) nacido vivo?	No recuerda 88 8888	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Año
5.15		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Pers. Veces
<div 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 </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Pers. Veces
(NOMBRE) cuando estuviste embarazada de tu último hijo ¿quién y cuántas veces te revisó por el embarazo?	Médico 1 Enfermera 2 Promotora, auxiliar o asist. de salud .. 3 Partera 4 Otro personal 7 Nadie 0 No responde 9	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> PASE A 5.17
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ANOTE HASTA 2 OPCIONES </div>		
5.16 (NOMBRE) ¿cuántos meses de embarazo tenías cuando te revisaron por primera vez?	No recuerda 88	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> Meses
5.17 (NOMBRE) ¿quién te atendió de tu último parto?	Médico 1 Enfermera 2 Promotora, auxiliar o asist. de salud .. 3 Partera 4 Pariente o familiar 5 Otro personal 7 Nadie 0	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> PASE A 5.20
5.18 (NOMBRE) ¿dónde te atendieron durante tu último parto?	Seguro Social (clínica u hospital) 01 ISSSTE (clínica u hospital) 02 SSA (centro de salud u hospital) 03 IMSS Sol. (clínica u hospital) 04 Otra institución de salud del gobierno.. 05 Consultorio, clínica u hospital privado .. 06 Casa de la partera 07 Casa de la entrevistada 08 Otro lugar 77	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div>

5.19 (NOMBRE) ¿tu último parto fue...	normal? 1 cesárea? 2	/ /
5.20 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 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; margin: 10px 0;"> 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	/ /

<p>5.23</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 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 </div> <p>(NOMBRE) ¿dónde (conseguiste, te pusieron o te (lo, la) operaron)?</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>DIF 05</p> <p>Otra institución de salud del gobierno .. 06</p> <p>MEXFAM 07</p> <p>FEMAP 08</p> <p>Consultorio, clínica u hospital privado . 09</p> <p>Farmacia 10</p> <p>Tienda de autoservicio 11</p> <p>Otro lugar 77</p> <p>No Sabe..... 88</p>	<p>1 1 1</p> <p>PASE A 5.25</p>
<p>5.24 (NOMBRE) ¿cuál es la razón principal por la que actualmente no están haciendo algo para no tener hijos?</p>	<p>Está embarazada 01</p> <p>Quiere embarazarse 02</p> <p>No lo necesita</p> <p>Es soltera, separada, viuda o divorciada 03</p> <p>Por esterilidad de ella o su pareja 04</p> <p>Por ausencia temporal de su pareja 05</p> <p>Porque dejó de tener relaciones sexuales 06</p> <p>Teme a los efectos colaterales 07</p> <p>Tuvo efectos colaterales 08</p> <p>Se opone su pareja 09</p> <p>Tiene alguna enfermedad y refiere no usar nada 10</p> <p>Está dando el pecho</p> <p>Y no considera necesario usar método 11</p> <p>Y cree que puede haber problemas de salud 12</p> <p>Por razones religiosas 13</p> <p>No está de acuerdo en usar métodos .. 14</p> <p>No conoce métodos 15</p> <p>No sabe como se usan los métodos 16</p> <p>Otra razón 77</p> <p>No sabe 88</p> <p>No responde 99</p>	<p>1 1 1</p>
<p align="center">PARA MUJERES DE 10 A 19 AÑOS, HOMBRES PASE A 6.1</p>		
<p>5.25 (NOMBRE) ¿a qué edad tuviste tu primera regla o menstruación?</p>	<p>No ha comenzado 00</p>	<p>1 1 1</p> <p>Anote edad en años</p>

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

<p>7.1 PESO</p> <p>¿se realizó a (NOMBRE) medición de peso?</p>	<div style="text-align: right;">/___/</div> <p>Sí /___/_/ /___/_/_/ 1 Kg y g.</p> <p>No _____ 2</p> <p>Anote causa _____</p>
<p>7.2 TALLA</p> <p>¿se midió a (NOMBRE) de pie?</p>	<div style="text-align: right;">/___/</div> <p>Sí /___/_/_/ /___/ 1 cm. y mm.</p> <p>No _____ 2</p> <p>Anote causa _____</p>

8.1 MUESTRA VENOSA

No 2

Sí 1

PEGAR ETIQUETA

El primer ministro británico, Gordon Brown, dijo que el Reino Unido se comprometió a proporcionar asistencia humanitaria a los damnificados por el terremoto.

RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo con el Artículo 13, párrafo primero, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor: "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar".

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".

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor: "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice".

En referencia directa, el 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."

OBSERVACIONES

RECUADRO DE CONTROL

SUPERVISOR	CODIFICACION	CAPTURA
NOMBRE		
CLAVE /_/_/_/_/	/_/_/_/_/	/_/_/_/_/
FECHA /_/_/_/_/_/	/_/_/_/_/_/	/_/_/_/_/_/