



SECRETARÍA DE SALUD
Encuesta Nacional de Salud 2000

por la salud

Cuestionario Individual de Niños de 0 a 9 Años

IDENTIFICACION 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 LA VISITA	1a.	2a.	ÚLTIMA VISITA
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	/ / / /	/ / / /	/ / / /
FECHA (dd mm aa)	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /
RESULTADO (*)	/	/	

(*) CODIGOS 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 NIÑO SELECCIONADO / / / / NÚM. DE REGISTRO DEL INFORMANTE / / / /

NOMBRE: _____	SEXO: HOMBRE.....1 MUJER.....2
FECHA DE NACIMIENTO / / / / / / / /	EDAD: / / / / / / / /
DÍA MES AÑO	AÑOS MESES

SI ES UN NIÑO MENOR DE 1 AÑO DE EDAD, INICIAR EN LA PREGUNTA 1.1
SI ES UN NIÑO DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD, INICIAR EN LA PREGUNTA 1.10
SI ES UN NIÑO DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD, INICIAR EN LA PREGUNTA 1.14

Ejemplos de respuesta de la pregunta 4.2

Accidentes de transporte terrestre: atropellamiento, choque, caída por o de automóvil, autobús, tren, bicicleta, carreta, caballo.

Otros accidentes de transporte: accidentes de transporte acuático, aéreo, teleférico.

Caída: a nivel del piso, desde un mueble, escalera, andamio, árbol, edificio o casa habitación.

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.

Exposición a fuerzas mecánicas animadas: contacto traumático con otras personas, animales o plantas no venenosos.

Ahogamiento y sumersión accidentales: en bañeras, piscinas, aguas naturales.

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.

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.

Exposición al fuego, humo y llamas: en incendios, fogatas, chimeneas, ignición de combustibles, ropas, etc.)

Contacto con calor y sustancias calientes: bebidas, alimentos, agua, vapor, aire caliente, utensilios domésticos, calentadores, motores o metales calientes.

Contacto traumático con animales y plantas venenosos: serpientes, arañas, avispas, cienpiés, medusas.

Exposición a fuerzas de la naturaleza: calor o frío natural, radiación solar, rayos, terremoto, avalancha, ciclón, inundación.

Envenenamiento accidental: por medicamentos, alcohol, solventes, derivados del petróleo, gases de escape, plaguicidas, raticidas y otros productos químicos.

Exposición accidental a otros factores: exceso de esfuerzo físico, privación de alimentos y agua, y exposición a otros factores.

SECCIÓN 1. INDICADORES POSITIVOS Y FACTORES DE RIESGO

APLICAR SÓLO A LOS MENORES DE 1 AÑO

<p>1.1 Cuando usted (o la mamá) estaba embarazada de (NOMBRE) ¿quién y cuántas veces la revisó durante el embarazo?</p> <p style="text-align: center;">ANOTE HASTA 2 OPCIONES</p>	<p>Médico.....1</p> <p>Enfermera.....2</p> <p>Promotora, auxiliar o asistente de Salud.....3</p> <p>Partera4</p> <p>Otro personal.....7</p> <p>Nadie.....5</p> <p>No sabe.....8</p> <p>No responde.....9</p>	<p>/__ / __ / __ /</p> <p>Pers Veces</p> <p>/__ / __ / __ /</p> <p>Pers Veces</p> <p>PASE A 1.3</p>
<p>1.2 ¿A que institución de salud pertenece el (MENCIONE PERSONAL) que la revisó o controló?</p>	<p>IMSS Solidaridad.....01</p> <p>IMSS02</p> <p>SSA03</p> <p>DIF04</p> <p>DDF05</p> <p>INI06</p> <p>ISSSTE Estatal....07</p> <p>ISSSTE08</p> <p>Marina/Defensa.....09</p> <p>PEMEX10</p> <p>Privada....11</p> <p>Cruz Roja.....12</p> <p>Otra77</p> <p>No sabe88</p> <p>No responde99</p>	<p>/__ / __ /</p>

<p>1.3 ¿Quién la atendió al momento en que nació (NOMBRE) ?</p>	<p>Médico..... 1 Enfermera..... 2 Promotora, auxiliar o asistente de Salud..... 3 Partera 4 Pariente o familiar..... 5 Otro personal..... 7 Nadie 6 No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p>1</p>
<p>1.4 ¿En dónde la atendieron cuando nació (NOMBRE) ?</p>	<p>Seguro Social (clínica u hospital)... 01 ISSSTE (clínica u hospital)..... 02 SSA (centro de salud u hospital)... 03 IMSS Sol. (unidad médica rural u hospital)..... 04 Otras instituciones de salud del gobierno..... 05 Consultorio, clínica u hospital privado 06 Casa de la partera..... 07 Casa de la embarazada..... 08 Otro lugar..... 77 No sabe..... 88 No responde..... 99</p>	<p>1 1 1 1</p>
<p>1.5 ¿Cuánto pesó al nacer (NOMBRE)?</p>	<p>No lo pesaron..... 0000 No sabe..... 8888 No responde..... 9999</p>	<p>1 1 1 1 1 1 K gr</p>
<p>1.6 ¿Le dio usted el pecho a (NOMBRE) ?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p>1 1 PASE A 1.8</p>

<p>1.7 ¿Durante cuánto tiempo le dio solamente pecho a (NOMBRE)?</p>	<p>Nunca le dio solamente pecho.... 0000 Aún le da solamente pecho..... 4444</p> <p>No sabe..... 8888 No responde..... 9999</p>	<p>/_/_/_/_/_/_/_/ Meses Días</p>
<p>1.8 ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar otro tipo de leche diferente al pecho?</p>	<p>Aún no le da otro tipo de leche..... 4444</p> <p>No sabe..... 8888 No responde..... 9999</p>	<p>/_/_/_/_/_/_/_/ Meses Días</p>
<p>1.9 ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar otros alimentos que no fuera leche de pecho u otro tipo de leche?</p>	<p>Aún no le da otros alimentos..... 4444</p> <p>No sabe..... 8888 No responde..... 9999</p>	<p>/_/_/_/_/_/_/_/ Meses Días</p>

APLICAR SÓLO A LOS MENORES DE 5 AÑOS

<p>1.10 De los (as) hermanos (as) de (NOMBRE), ¿ha muerto un (a) niño (a) menor de 5 años de edad?</p> <p>ACLARE AL ENTREVISTADO QUE SE TRATA SÓLO DE LOS NIÑOS MUERTOS DE ESE HOGAR</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p>/_/_</p>
<p>1.11 ¿En general considera usted que (NOMBRE) está bien nutrido o desnutrido?</p>	<p>Está bien nutrido..... 1 Está desnutrido..... 2 Está flaco..... 3 Está gordo 4 Otro _____ 7</p> <p align="center">Especifique</p> <p>No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p>/_/_</p> <p>PASE A 1.13</p>
<p>1.12 ¿Quién le informó?</p>	<p>Ella lo supone..... 1 Enfermera..... 2 Médico..... 3 Otro..... 7 No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p>/_/_</p>

<p>1.13 ¿Me puede mostrar la Cartilla Nacional de Vacunación de (NOMBRE)?</p>	1.13.1 Mostró CNV..... 1	<input type="checkbox"/>
	Tiene CNV pero no la mostró..... 2 No tiene CNV..... 3	<input type="checkbox"/>
<p>SOLICITE A LA MADRE LA CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN Y TRANSCRIBA EL TOTAL DE REGISTROS DE PESO Y TALLA ANOTADOS EN ELLA.</p>		
<p>REGISTROS DE PESO Y TALLA ANOTADOS EN CNV</p>		
	1.13.2 Núm. de registros de peso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1.13.3 Núm. de registros de talla	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ninguno	00

APLICAR A TODOS LOS NIÑOS DE 0-9 AÑOS

<p>1.14 ¿Qué vacunas le han aplicado a (NOMBRE)?</p>	1.14.1 Mostró CNV..... 1	<input type="checkbox"/>
	Tiene CNV pero no la mostró.. 2 No tiene CNV..... 3	<input type="checkbox"/>
<p>SOLICITE A LA MADRE LA CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN, CIRCULE LOS NÚMEROS DE LAS DOSIS APLICADAS SEGÚN TIPO DE VACUNA Y TRANSCRIBA LOS TOTALES EN LOS RECUADROS</p>		
<p>DOSIS ANOTADAS EN CNV</p>		
	1.14.2 BCG Única	<input type="checkbox"/>
	1.14.3 SABIN 1 2 3	<input type="checkbox"/>
	1.14.4 SABIN Ad 1 2 3	<input type="checkbox"/>
	1.14.5 DPT, DPT+Hib, o Pentavalente 1 2 3	<input type="checkbox"/>
	1.14.6 Refuerzos DPT 1 2	<input type="checkbox"/>
	1.14.7 AS/SRP 1 2	<input type="checkbox"/>
	1.14.8 TT/Td 1 2	<input type="checkbox"/>
	Ninguna..... 0	

SI ES UN NIÑO DE 5 A 9 AÑOS, PASE A LA PREGUNTA 4.1

SECCIÓN 2. ENFERMEDADES DIARREICAS

APLICAR SÓLO A LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS		
<p>2.1 ¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>PASE A 2.11</p>
<p>2.2 Antes de la diarrea ¿le daba el pecho (seno materno) a (NOMBRE)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>PASE A 2.5</p>
<p>2.3 ¿Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) diarrea....</p>	<p>continuó dándole pecho? 1</p> <p>le dio más seguido el pecho?. 2</p> <p>le suspendió el pecho?..... 3</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>PASE A 2.5</p>
<p>2.4 Aparte del pecho o seno materno ¿le ha dado (o dio) algún otro líquido a (NOMBRE)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>PASE A 2.9</p>

<p>2.8 ¿Cómo preparó el Vida Suero Oral (o similar)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>DE ACUERDO CON LAS INDICACIONES DEL MANUAL, SEÑALE SI LA PREPARACIÓN ES CORRECTA O INCORRECTA</p> </div>	<p>Preparación correcta..... 1 Preparación incorrecta..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p> <p>Cantidad</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p> <p style="text-align: center;">L ml</p>
<p>2.9 ¿Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) diarrea...</p>	<p>le suspendió algunos alimentos?. 1 le suspendió todos los alimentos?. 2 le continuó dando la misma cantidad de alimentos? 3 le dio más cantidad de alimentos?. 4</p> <p>No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p>
<p>2.10 ¿A quién le ha pedido (o pidió) ayuda para atender a (NOMBRE) de la diarrea?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>TRANSCRIBA TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN</p> </div>	<p>A nadie..... 01 Comadrona o partera..... 02 Curandero o hierbero..... 03 Auxiliar o asistente de salud..... 04 Promotor de salud..... 05 Enfermera..... 06 Médico..... 07 Otros..... 77</p> <p>No sabe..... 88 No responde..... 99</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ </p>
<p>2.11 ¿Qué molestias considera usted, que debe tener su hijo cuando tiene diarrea para que lo lleve al médico?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>TRANSCRIBA TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN</p> </div>	<p>Mucha sed..... 01 Poca ingesta de líquidos o alimentos 02 estar muy quieto (débil)..... 03 Evacuaciones muy frecuentes..... 04 Vómitos..... 05 Fiebre..... 06 Sangre en las heces..... 07 Otra molestia 77</p> <p>No sabe..... 88 No responde..... 99</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ </p>

SECCIÓN 3. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

APLICAR SÓLO A LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS		
3.1 ¿Ha tenido gripa, catarro, tos, bronquitis o dolor de oídos (NOMBRE) en las últimas dos semanas?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9	/_/_/ PASE A 3.6
3.2 Antes de la gripa, catarro, tos, bronquitis o dolor de oídos, ¿le daba el pecho (seno materno) a (NOMBRE)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9	/_/_/ PASE A 3.4
3.3 ¿Ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) gripa, catarro, tos bronquitis o dolor de oídos...	le suspendió el pecho?..... 1 le continuó dando pecho?..... 2 le dio más seguido el pecho?.3 No sabe..... 8 No responde..... 9	/_/_/
3.4 Además de lo que me dijo ¿qué más le hizo o le dio a (NOMBRE) para la gripa, catarro, tos, bronquitis o dolor de oídos?	Nada..... 1 Usó remedios caseros..... 2 Usó medicamentos..... 3 Otra práctica _____ 7 Especifique No sabe..... 8 No responde..... 9	/_/_/
3.5 Ahora que (NOMBRE) tiene (o tuvo) gripa, catarro, tos, bronquitis o dolor de oídos ¿a quién le ha pedido (o pidió) ayuda?	A nadie..... 01 Comadrona o partera..... 02 Curandero o hierbero..... 03 Auxiliar o asistente de salud..... 04 Promotor de salud..... 05 Enfermera..... 06 Médico..... 07 Otros..... 77 No sabe..... 88 No responde..... 99	/_/_//_/_/ /_/_//_/_/ /_/_//_/_/ /_/_//_/_/ /_/_//_/_/
TRANSCRIBA TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN		

3.6 ¿Qué molestias debe tener su hijo cuando tiene gripa, catarro, tos, bronquitis o dolor de oídos, para que usted lo lleve al médico?

TRANSCRIBA TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN

Respiración rápida.....	01	/ / / /
Dificultad para respirar.....	02	/ / / /
Dificultad para beber o amamantarse..	03	/ / / /
Se ve más enfermo.....	04	/ / / /
Hipotermia.....	05	/ / / /
Más de tres días con fiebre.....	06	
Convulsiones.....	07	
Le duele o le salió pus del oído.....	08	
Le aparecieron puntos blancos en las amígdalas.....	09	
Otro molestia	77	
No sabe.....	88	
No responde.....	99	

SECCIÓN 3. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

SECCIÓN 4. ACCIDENTES

APLICAR SÓLO A LOS NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS		
<p>4.1 ¿(NOMBRE) sufrió algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No Sabe..... 8</p> <p>No Responde..... 9</p>	<p>___/___</p> <p>FINAL DE ESTA ENTREVISTA</p>
<p>4.2 ¿Cómo fue que (NOMBRE) se accidentó?</p>	<p>Accidentes de transporte terrestre..... 01</p> <p>Otros accidentes de transporte..... 02</p> <p>Caída..... 03</p> <p>Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas..... 04</p> <p>Exposición a fuerzas mecánicas animadas..... 05</p> <p>Ahogamiento y sumersión accidentales..... 06</p> <p>Otros accidentes que obstruyen la respiración..... 07</p> <p>Exposición o corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire ambientales extremas..... 08</p> <p>Exposición al fuego, humo y llamas..... 09</p> <p>Contacto con calor y sustancias calientes..... 10</p> <p>Contacto traumático con animales y plantas venenosos..... 11</p> <p>Exposición a fuerzas de la naturaleza.. 12</p> <p>Envenenamiento accidental..... 13</p> <p>Exposición accidental a otros factores.. 77</p> <p>No sabe 88</p> <p>No responde 99</p>	<p>___/___/___</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>REVISAR LA PÁGINA DOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA</p> </div>		

<p>4.3 ¿En que lugar se encontraba (NOMBRE) 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 o de servicios 07 Otro 77 No sabe..... 88 No responde..... 99</p>	<p>____/____/____</p>
<p>4.4 ¿Qué tipo de daño tuvo (NOMBRE)?</p> <div data-bbox="240 1421 690 1506" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ANOTAR OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</p> </div>	<p>Moretón..... 01 Raspón superficial..... 02 Golpe..... 03 Hueso roto..... 04 Hueso o articulación zafado(a)..... 05 Torcedura de articulación..... 06 Cortada o perforación de la piel o tejidos subyacentes..... 07 Raspón o raspadura profunda..... 08 Arrancamiento o cercenamiento de algún miembro o apéndice..... 09 Quemadura, desde enrojecimiento hasta carbonización 10 Intoxicación por sustancias (medicamentos, ponzoñas, o sustancias químicas)..... 11 Daño psicológico..... 12 Otro..... 77 No sabe..... 88 No responde..... 99</p>	<p>____/____/____</p> <div data-bbox="1323 1506 1328 1634" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <p>PASE A LA 4.6</p> </div>

<p>4.5 ¿Qué parte(s) del cuerpo se lastimó (NOMBRE) ?</p>	<p>Cabeza/ cara..... 01 Cuello..... 02 Tórax..... 03 Abdomen..... 04 Pelvis..... 05 Glúteos..... 06 Genitales..... 07 Columna vertebral..... 08 Hombro..... 09 Brazo..... 10 Antebrazo..... 11 Mano..... 12 Muslo..... 13 Pierna..... 14 Pie..... 15 Todo el cuerpo..... 16 Otro..... 77</p> <p>No sabe 88 No responde 99</p>	<p>/ _ / _ / _ / / _ / _ / _ /</p>
<p>4.6 ¿Cuándo se accidentó (NOMBRE)?</p>	<p>Últimas 2 semanas 1 De 3 semanas a 2 meses 2 De 3 a 6 meses 3 De 7 a 12 meses 4</p> <p>No sabe 8 No responde 9</p>	<p>/ _ /</p>
<p>4.7 ¿Cuántos días dejó (NOMBRE) de estudiar, trabajar o hacer sus actividades de la vida diaria por este problema?</p>	<p>Ningún día 000 No sabe..... 888 No responde..... 999</p>	<p>/ _ / _ / _ /</p>
<p>4.8 ¿Actualmente (NOMBRE) tiene problemas de salud ocasionados por esta (s) lesión (es) ?</p>	<p>Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p>	<p>/ _ /</p> <p>-PASE A LA 4.10</p>

PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES; MÁS DE ÉSTAS, ANOTAR EL CÓDIGO «16»

<p>4.9 ¿Qué tipo de problema de salud le ocasionó (aron) esta (s) lesión (es) ?</p>	<p>Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda) 1</p> <p>Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos 2</p> <p>Sordera o dificultad para oír 3</p> <p>Pérdida de la función vocal (mudo) 4</p> <p>Dificultad para ver o ceguera..... 5</p> <p>Retraso o deficiencia mental..... 6</p> <p>Tiene otra limitación física o mental..... 7</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>	<p>___/___/___</p>
<p>4.10 ¿Qué hizo o con quién atendió a (NOMBRE)?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>	<p>Nada o nadie..... 01</p> <p>Remedios caseros, automedicación.02</p> <p>Curandero o hierbero..... 03</p> <p>Huesero o sobador..... 04</p> <p>Encargado de la comunidad..... 05</p> <p>Psicólogo, terapeuta 06</p> <p>Médico, consultorio..... 07</p> <p>Clínica, sanatorio u hospital..... 08</p> <p>Otro..... 77</p> <p>No sabe..... 88</p> <p>No responde..... 99</p>	<p>___/___/___</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;">FIN DE LA ENTREVISTA</p>
<p>4.11. ¿ Por qué no solicitó atención médica para (NOMBRE)?</p>	<p>No fue necesario..... 01</p> <p>Es caro..... 02</p> <p>Está muy lejos..... 03</p> <p>Falta de confianza..... 04</p> <p>Tratan mal..... 05</p> <p>Falta de tiempo..... 06</p> <p>No hay clínica/hospital 07</p> <p>Otro..... 77</p> <p>No sabe..... 88</p> <p>No responde..... 99</p>	<p>___/___/___</p>

SECCIÓN 5. REGISTRO DE MEDICIONES BIOLÓGICAS

<p>5.1 VENOSA MUESTRA</p> <p>¿Se tomó muestra de sangre venosa a (NOMBRE)?</p>	<p style="text-align: right;">/ /</p> <p>No _____ 2</p> <p style="text-align: center;">Anote causa</p> <p>Sí 1</p> <p>FECHA / / / /</p> <p style="text-align: center;">Día Mes Año</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin: 10px auto; text-align: center;"> <p>PEGAR ETIQUETA</p> </div>
---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

