|  |  |
| --- | --- |
| MICS logo ALLCUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS  **nombre de la encuesta** | |
|  | |
| PANEL DE INFORMACIÓN de NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS uf | |
| Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar).  Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible. | |
| **UF1**. Número de conglomerado: | **UF2**. Número de hogar: |
| \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **UF3**. Nombre del niño/a: | **UF4**. Número de línea del niño/a : |
| Nombre | \_\_\_ \_\_\_ |
| **UF5**. Nombre de la madre/persona encargada: | **UF6**. Número de línea de la madre/persona encargada: |
| Nombre | \_\_\_ \_\_\_ |
| **UF7**. Nombre y número de la entrevistadora: | **UF8**. Día / Mes / Año de la entrevista: |
| Nombre \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / 2 0 1 \_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:  Somos de introduzca la afiliación específica del país. Estamos llevando a cabo una encuesta sobre la situación de los niños/as, familias y hogares. Me gustaría hablarle acerca de la salud y bienestar de (nombre del niño/a de UF3). La entrevista durará aproximadamente introduzca la cantidad minutos. Toda la información que nos proporcione será estrictamente confidencial y anónima. | *Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:*  Me gustaría hablarle ahora sobre la salud de (nombre del niño/niña de UF3) y otros temas. Esta entrevista durará aproximadamente introduzca la cantidad minutos. De nuevo, toda información que nos proporcione será estrictamente confidencial y anónima. |
| ¿Puedo comenzar ahora?   * Sí, se concede el permiso ⇨ *Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista*. * No, no se concede permiso ⇨ Circule ‘03’ en UF9. Discuta el resultado con su supervisor | |

|  |  |
| --- | --- |
| **UF9**. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años  Los códigos se refieren a la madre/persona encargada. | Completada 01  Ausente 02  Rechazo 03  Completada parcialmente 04  Incapacitada 05  Otro (especifique) 96 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UF10**. Nombre y número del editor de campo:  Nombre \_\_\_ \_\_\_ | UF11. Nombre y número del digitador de datos principales  Nombre \_\_\_ \_\_\_ | |
| **UF12**. *Anote la hora.* | Hora y minutos……………….\_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EDAD AG | | |
| **AG1**. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el desarrollo y la salud de (nombre),  ¿En qué mes y año nació (nombre)?  *Indague:*  ¿Cuándo es su cumpleaños?  Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta del nacimiento, registre también el día; de lo contrario, circule 98 para el día.  Debe anotar el mes y el año. | Fecha de nacimiento  Día \_\_ \_\_    No sabe día 98  Mes \_\_ \_\_    Año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |
| **AG2**. ¿Cuántos años tiene (nombre)?  Indague:  ¿Cuántos años tenía (nombre) en su último cumpleaños?  Anote la edad en años completos.  Anote ‘0’ si tiene menos de 1 año.  Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes. | Edad (en años completos) \_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REGISTRO DEL NACIMIENTO BR | | |
| **BR1**. ¿Tiene un certificado de nacimiento de (nombre)?  Si responde que sí, pregunte  ¿Puedo verlo? | Sí, visto 1  Sí, no visto 2  No 3  No sabe 8 | 1⇨Siguiente  módulo  2⇨Siguiente  módulo |
| **BR2**. ¿Ha sido registrado el nacimiento de (nombre) ante las autoridades civiles? | Sí ………………………………………………1  No 2  No sabe 8 | 1⇨Siguiente  módulo |
| **BR3**. ¿Sabe cómo registrar el nacimiento de (nombre)? | Sí….. 1  No 2 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESARROLLO temprano Infantil eC | | | | | | |
| **EC1**. ¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene para (nombre)? | Ninguno 00  Número de libros de niños 0 \_\_  Diez o más libros 10 | | | | |  |
| **EC2**. Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (nombre) juega cuando está en casa.  ¿Juega con:  [A] juguetes caseros (tales como muñecas, autos u otros juguetes hechos en casa)?  [B] juguetes de una tienda o fabricados?  [C] objetos del hogar (como cuencos u ollas) u objetos que se encuentran en el exterior del hogar (como palos, piedras, conchas de animales u hojas)?    Si el entrevistado responde “SÍ” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta. | Sí No NS  Juguetes caseros………….....1 2 8  Juguetes de tienda……………1 2 8  Objetos del hogar u  objetos del exterior …………...1 2 8 | | | | |  |
| **EC3**. A veces, los adultos que cuidan a los niños/as tienen que dejar la casa para ir de compras, lavar la ropa, o por otros motivos, y deben dejar a los niños/as en casa.  ¿Cuántos días en la última semana dejó a (nombre):  [A] solo durante más de una hora?  [B] al cuidado de otro niño/a, es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora?  Si la respuesta es ‘ningún día’, escriba’ 0’.  Si la respuesta es ‘no sé’, escriba’ 8’ | Número de días que lo dejó solo  durante más de una hora \_\_  Número de días que lo dejó a cargo  de otro niño/a durante más de una hora \_\_ | | | | |  |
| **EC4**. Verifique AG2: Edad del niño/a  🞎 Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇨ Pase al módulo siguiente  🞎 Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇨ Continúe con EC5 | | | | | | |
| **EC5**. ¿asiste (nombre) a algún programa de aprendizaje organizado o de aprendizaje temprano, tal como una institución privada o del gobierno, incluyendo jardín infantil o cuidado infantil comunitario? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC7**. En los pasados 3 días, ¿Ud. o alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (nombre):  Si es“SÍ”, pregunte:  ¿Quién participó en esta actividad con (nombre)?  Circule todas las opciones que apliquen. |  | | | | |  |
|  | Madre | Padre | Otro | Nadie |  |
| [A] Leyó libros a (nombre) o miró los dibujos de un libro con (nombre)? | Leyó libros | A | B | X | Y |  |
| [B] Contó cuentos a (nombre) ? | Contó cuentos | A | B | X | Y |  |
| [C] Le cantó canciones a (nombre) o cantó con (nombre), incluso canciones de cuna? | Cantaron canciones | A | B | X | Y |  |
| [D] Llevó a (nombre) a pasear fuera de la casa, a algún recinto, patio u otro lugar? | Lo llevó fuera | A | B | X | Y |  |
| [E] Jugó con (nombre) ? | Jugó | A | B | X | Y |  |
| [F] Le nombró, contó o dibujó cosas a (nombre) o con (nombre) ? | Nombró/contó | A | B | X | Y |  |
| **EC8**. Me gustaría preguntarle acerca de la salud y el desarrollo de (nombre). Los niños/as no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad. Por ejemplo, algunos aprenden a caminar antes que otros. Estas preguntas están relacionadas con diversos aspectos del desarrollo de (nombre).  ¿Puede (nombre) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC9**. ¿Puede (nombre) leer al menos cuatro palabras sencillas, populares? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC10**. ¿Sabe (nombre) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC11**. ¿Puede (nombre) levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del piso? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC12**. ¿Se siente (nombre) a veces demasiado enfermo como para jugar? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC13**. ¿Puede (nombre) seguir instrucciones sencillas sobre cómo hacer algo correctamente? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC14**. Cuándo se le da algo para hacer, ¿puede (nombre) hacerlo por sí solo/a? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC15**. ¿Se lleva *(*nombre) bien con los otros niños/as? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC16**. ¿(Nombre) patea, muerde o golpea a otros niños/as o adultos? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |
| **EC17**. ¿Se distrae (nombre) fácilmente? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LACTANCIA e ingesta alimentaria BD | | |
| **BD1.** VerifiqueAG2: edad del niño/a  **🞎**  Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇨ Continúe con BD2  **🞎** *Edad del niño/a* *3 o 4 ⇨ Vaya al modulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES* | | |
| **BD2**. ¿Ha sido amamantado (nombre) alguna vez? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨BD4  8⇨BD4 |
| **BD3**. ¿Todavía está él/ella siendo amamantado/a? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **BD4** Ayer, durante el día o la noche, bebió (nombre) algún líquido de una botella con biberón? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **BD5**. ¿Tomó (nombre) algún suero de rehidratación oral (sro) en el día de ayer, durante el día o a la noche? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **BD6**. ¿Tomó o comió (nombre) suplementos vitamínicos o minerales o algún medicamento en el día de ayer, durante el día o a la noche? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **BD7**.Ahora quisiera preguntarle sobre los líquidos que (nombre) pueda haber tomado ayer durante el día o a la noche. Me interesa saber si (nombre) ingirió algo aún si fue en combinación con otros alimentos.  Por favor, incluya los líquidos consumidos fuera de su hogar.  ¿Bebió (nombre) (nombre del ítem) ayer durante el día o de noche? | Sí No NS |  |
| [A] Agua sola (sin aditivos)? | Agua sola 1 2 8 |  |
| [B] Jugo o bebidas de jugo | Jugo o bebidas de jugo 1 2 8 |  |
| [C] ***introduzca el*** ***nombre local para un caldo/ caldo no espeso*** | Caldo/ caldo no espeso 1 2 8 |  |
| [D] Leche envasada, en polvo o leche fresca? | Leche 1 2 8 |  |
| Si es sí: ¿Cuántas veces bebió (nombre) leche?  Si es 7 o más veces, guarde '7'.  *Si es desconocido, guarde ‘8’.* | Número veces bebió leche \_\_ |  |
| [E] Leche de fórmula para bebés? | Leche de fórmula 1 2 8 |  |
| Si es sí: ¿Cuántas veces bebió (nombre) leche de fórmula?  Si es 7 o más veces, guarde '7'.  *Si es desconocido, guarde ‘8’.* | Número de veces  que bebió leche \_\_ |  |
| [F] Algún otro líquido?  (Especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Otro líquido 1 2 8 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BD8**. Ahora me gustaría preguntarle sobre (otros) alimentos que se le pueda haber dado a (nombre) durante el día o de noche. De nuevo, estoy interesada en saber si a (nombre) se le dio el alimento aún cuando se combinara con otros alimentos.  Por favor, incluya alimentos consumidos fuera de su hogar. | | | | | | |  |
| Comió (nombre) ayer (nombre del alimento) de día o de noche: | |  | Sí | No | NS | |  |
| [A] Yogurt? | | Yogur | 1 | 2 | 8 | |  |
| Si es sí: Cuántas veces comió o bebió yogurt (nombre)?  Si es 7 o más veces, guarde '7'.  *Si es desconocido, guarde ‘8’.* | | Número de veces que comió/bebió yogurt | | | \_\_ | |  |
| [B] algún ***introduzca el nombre de la marca de alimentos para bebés fortificados en el mercado, por ejemplo, Cerelac***? | | Cerelac | 1 | 2 | 8 | |  |
| [C] Pan, arroz, pasta, cereales u otros alimentos elaborados con granos? | | ¿Alimentos elaborados con granos? | 1 | 2 | 8 | |  |
| [D] Calabaza, zanahorias, calabacín, patatas dulces que son de color amarillo o naranja en su interior? | | Calabaza, zanahoria, calabacín, etc. | 1 | 2 | 8 | |  |
| [E] papas blancas, ñame blanco, mandioca, yuca,o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces? | | Papas blancas, ñame blanco, mandioca, etc. | 1 | 2 | 8 | |  |
| [F] alguna verdura de hojas verde oscuro y frondosas? | | Verduras de hojas verde oscuro y frondosas | 1 | 2 | 8 | |  |
| [G] mangos maduros, papayas o ***introduzca cualquier otra fruta disponible localmente y rica en vitamina-A***? | | Mangos maduros | 1 | 2 | 8 | |  |
| [H]Alguna otra fruta o verdura? | | Otras frutas o verduras | 1 | 2 | 8 | |  |
| [I] Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes? | | Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes | 1 | 2 | 8 | |  |
| [J] Cualquier tipo de carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato? | | carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, etc. | 1 | 2 | 8 | |  |
| [K] Huevos? | | Huevos | 1 | 2 | 8 | |  |
| [L] Pescado o mariscos frescos o secos? | | Pescado fresco o seco | 1 | 2 | 8 | |  |
| [M] Algún alimento hecho a base de frijoles, guisantes, lentejas o nueces? | | Alimentos hechos a base de frijoles, guisantes, etc. | 1 | 2 | 8 | |  |
| [N] Queso u otros alimentos hechos con leche? | | Queso u otros alimentos hechos con leche | 1 | 2 | 8 | |  |
| [O] Cualquier otro alimento sólido, semi-sólido o blando que no haya mencionado?  (Especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave | 1 | 2 | 8 | |  |
| **BD9.** Verifique BD8 (Categorías de la “A” a la“O” )  **🞎** Al menos un “sí” o todo “NS” ⇨ Vaya a BD11  **🞎**  Otra cosa ⇨ Continúe con BD10 | | | | | | | |
| **BD10**. *Averigüe para determine si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos suaves ayer durante el día o la noche*  **🞎** El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇨ Vaya al siguiente módulo  **🞎** El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇨ Regrese a BD8 y guarde los alimentos comidos ayer [A a O]. Cuando haya terminado, continúe con BD11 | | | | | | | |
| **BD11**. ¿Cuántas veces comió (nombre) alimentos sólidos, semisólidos o suaves ayer, durante el día o a la noche?  Si es 7 o más veces, guarde '7'. | Número de veces \_\_  NS 8 | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INMUNIZACIÓN IM | | | | | | | | | | |
| Si está disponible la tarjeta de inmunización **(salud infantil)**, copie las fechas en IM3 para cada tipo de inmunización y Vitamina A registrada en la tarjeta. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si la tarjeta de inmunización no está disponible. | | | | | | | | | | |
| **IM1**. ¿Tiene algún carné en donde estén registradas las vacunas administradas a (nombre)?  (Si la respuesta es “sí”, pregunte)  ¿Puedo verlo por favor? | | Sí, visto 1  Sí, no visto 2  No hay tarjeta 3 | | | | | | | | 1⇨IM3  2⇨IM6 |
| **IM2**. ¿Alguna vez tuvo alguna tarjeta de inmunización de ***(salud infantil)*** de (nombre)? | | Sí. 1  No 2 | | | | | | | | 1⇨IM6  2⇨IM6 |
| **IM3**.   1. Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta. 2. Anote ‘44’en la columna “día” si la tarjeta muestra que se dio la vacuna pero se no indica la fecha. | | Fecha de inmunización | | | | | | | |  |
| Día | | Mes | | Año | | | |
| **BCG** | **BCG** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Polio al nacer** | **OPV0** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Polio 1** | **OPV1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Polio 2** | **OPV2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Polio 3** | **OPV3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DPT1** | **DPT1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DPT2** | **DPT2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DPT3** | **DPT3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HepB al nacer** | **HEP0** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HepB1** | **HEP1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HepB2** | **HEP2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HepB3** | **HEP3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hib 1** | **HIBI1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hib 2** | **HIBI2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hib 3** | **HIBI3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sarampión (o MMR)** | **Sarampión** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fiebre amarilla** | **FA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vitamina A (primera dosis)** | **VitA1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vitamina A (segunda dosis)** | **VitA2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IM4**. *Verifique IM3. ¿Están anotadas todas las vacunas (de la* ***BCG a Fiebre Amarilla****)?*  🞎 Sí⇨ Vaya a IM19  🞎 No ⇨ Continúe con IM5 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IM5**. Además de lo registrado en esta tarjeta, ¿Recibió (nombre) alguna otra vacuna – incluidas vacunas recibidas en campañas o jornadas de inmunización o días de la salud de la infancia?  🞎 Sí⇨ Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba ‘66’ en la columna del día correspondiente  para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM19  🞎 No/NS ⇨ Continúe con IMI9 | | |
| **IM6**. ¿Alguna vez recibió (nombre) alguna vacuna para prevenir alguna enfermedad, incluso vacunas recibidas durante una campaña o jornada de inmunización o días de la salud de la infancia? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨IM19  8⇨IM19 |
| **IM7**. ¿Recibió (nombre) alguna vez la vacuna BCG contra la tuberculosis; es decir, una inyección en el brazo o en el hombro que generalmente deja una cicatriz? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **IM8**. ¿Recibió (nombre) alguna vez una vacuna en gotas vía oral para protegerlo de LA polio? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨IM11  8⇨IM11 |
| **IM9**. ¿Recibió la primera vacuna contra el polio durante las dos primeras semanas luego de nacer? | Sí 1  No 2 |  |
| **IM10**. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la polio? | Número de veces \_\_ |  |
| **IM11**. ¿Recibió alguna vez (nombre) inyecciones de la vacuna DPT; es decir, una inyección en el muslo o en la nalga, para prevenir el tétano, la tos ferina o la difteria?  Indague indicando que la vacuna DPT algunas veces se aplica en el mismo momento que la Polio | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨IM13  8⇨IM13 |
| **IM12**. ¿Cuántas veces se le dio la vacuna DPT? | Número de veces \_\_ |  |
| **IM13**. ¿recibió (nombre) alguna vez una inyección de Hepatitis B; es decir, una inyección que se da en el muslo o en la nalga, para prevenir la Hepatitis B?  Indague indicando que la vacuna contra la Hepatitis B algunas veces se da al mismo tiempo que las vacunas contra la Polio y la DPT. | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨IM15A  8⇨IM15A |
| **IM14**. ¿La primera vacuna de hepatitis b recibida fue dentro de las 24 horas de nacer o más tarde? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IM15**. ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la hepatitis b? | Número de veces \_\_ |  |
| **IM15A.** ¿Se le dio a (nombre) alguna vez una inyección de Hib; es decir, una inyección que se da en el muslo, para prevenir la haemophilus influenzae tipo b?  Indague indicando que la vacuna contra la Hib algunas veces se da al mismo tiempo que las vacunas contra la Polio y la DPT. | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨IM16  8⇨IM16 |
| **IM15B.** ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra la Hib? | Número de veces \_\_ |  |
| **IM16**. ¿Recibió (nombre) alguna vez inyecciones contra el sarampión (o MMR o MR); es decir, una inyección en el brazo a los 9 meses de nacer o después, para evitar que contraiga el sarampión? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **IM17**. ¿Alguna vez recibió (nombre) la vacuna contra la fiebre amarilla; es decir, una inyección en el brazo a los 9 meses de nacer o después, para evitar que contraiga la fiebre amarilla?    Indague indicando que la vacuna contra la fiebre amarilla algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna contra el sarampión. | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **IM19**. ¿Podría decirme si (nombre) ha participado en alguna de las siguientes campañas, jornadas nacionales de inmunización y/o jornadas de Vitamina a o salud infantil:  [A]Introduzca fecha/tipo de campaña A, antígenos  [B]Introduzca fecha /tipo de campaña B, antígenos  [C]Introduzca fecha /tipo de campaña C, antígenos | Sí No NS  Campaña A………………………...1 2 8  Campaña B………………………...1 2 8  Campaña C………………………...1 2 8 |  |
| **IM20**. Utilice un Cuestionario de vacunaciones en el centro de salud para este niño/a*. Complete el Panel de Información en ese Cuestionario y continúe con el próximo módulo.* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CUIDADO DE ENFERMEDADES CA | | |
| **CA1**. En las últimas dos semanas, ¿Tuvo (nombre) diarrea? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨CA6A  8⇨CA6A |
| **CA2**. Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (nombre) mientras estuvo con diarrea (incluyendo leche materna).  Durante el tiempo en que (nombre) tuvo diarrea, ¿Para tomar, le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual?  *Si bebió “menos”, indague*:  ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos? | Mucho menos 1  Un poco menos 2  Casi lo mismo 3  Más 4  No se le dio nada para tomar 5  No sabe 8 |  |
| **CA3**. Durante el tiempo que (nombre) estuvo con diarrea, ¿Para comer, le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, más de lo habitual o no le dio nada?  Si responde “menos”, indague:  ¿Se le dio de comer mucho menos de lo habitual o un poco menos? | Mucho menos 1  Un poco menos 2  Casi lo mismo 3  Más 4  Suspendió la comida 5  Nunca se le dio de comer 6  No sabe 8 |  |
| **CA3A**. ¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de alguna fuente? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨CA4  8⇨CA4 |
| **CA3B**. ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?  *Indague:* ¿Algún otro lugar?  Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.  Indague para identificar cada tipo de fuente.  Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar.    (Nombre del lugar) | Sector público  Hospital del gobierno A  Centro de salud del gobierno B  Puesto de salud del gobierno C  Trabajador de salud de la comunidad D  Clínica móvil / ambulante E  Otro público (especifique) H  Sector médico privado  Hospital / clínica privada I  Médico privado J  Farmacia privada K  Clínica móvil L  Otro médico privado (especifique) O  Otras fuentes  Pariente / amigo P  Tienda Q  Profesional tradicional R  Otro (especifique) X |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA4**. Durante el episodio de diarrea, ¿se le dio de beber a (nombre):  [A] Un líquido que viene en un paquete especial llamado ***introduzca el*** ***nombre local de los paquetes SRO***?  [B] Algún fluido pre-envasado de sro para diarrea ***introduzca el*** ***nombre local de los paquetes de fluidos SRO***? | Sí No NS  Fluido de SROen paquete….1 2 8    Fluido de SRO  pre-envasado …………...1 2 8 |  |
| **CA4A**. Verifique CA4: SRO  **🞎**  Al niño/a se le dio algún SRO (‘sí’ circulado en ‘A’ o ‘B’ en CA4) ⇨ Continúe con CA4B  **🞎** Al niño/a no se le dio ningún SRO ⇨ Vaya a CA4C | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA4B**. ¿Dónde obtuvo usted el sro?  Indague para identificar cada tipo de fuente.  Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.    (Nombre del lugar) | Sector público  Hospital del gobierno 11  Centro de salud del gobierno 12  Puesto de salud del gobierno 13  Trabajador de salud de la comunidad 14  Clínica móvil / ambulante 15  Otro público (especifique) 16  Sector médico privado  Hospital / clínica privada 21  Médico privado 22  Farmacia privada 23  Clínica móvil 24  Otro médico privado (especifique) 26  Otra fuente  Pariente / amigo 31  Tienda 32  Profesional tradicional 33  Ya tenía en su casa…………………………40  Otro (especifique) 96 |  |
| **CA4C** Durante el episodio de diarrea, ¿se le dio a (nombre) a tomar alguna de estas cosas:  [A] Tabletas de zinc?  [B] Jarabe de zinc? | Sí No NS  Tabletas de zinc 1 2 8  Jarabe de zinc 1 2 8 |  |
| **CA4D**. Verifique CA4C: ¿zinc?  **🞎**  Al niño/a se le dio zinc (‘sí’ circulado en ‘A’ o ‘B’ en CA4C)⇨ Continúe con CA4E  **🞎** *Al niño/a no se le dio zinc* *⇨ Vaya a CA4F* | | |
| **CA4E**. ¿Dónde obtuvo usted el zinc?    Indague para identificar cada tipo de fuente.  Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.    (*Nombre del lugar)* | Sector público  Hospital del gobierno 11  Centro de salud del gobierno 12  Puesto de salud del gobierno 13  Trabajador de salud de la comunidad 14  Clínica móvil / ambulante 15  Otro público (especifique) 16  Sector médico privado  Hospital / clínica privada 21  Médico privado 22  Farmacia privada 23  Clínica móvil 24  Otro médico privado (especifique) 26  Otra fuente  Pariente / amigo 31  Tienda 32  Profesional tradicional 33  Ya en casa…………………………………..40  Otro (especifique) 96 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA4F**. Durante el episodio de diarrea, ¿se le dio de beber a (nombre) algo de lo siguiente:  Lea cada artículo en voz alta y guarde la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.  [A] ***Fluido casero X recomendado por el gobierno***?  [B] ***Fluido casero Y recomendado por el gobierno***?  [C] ***Fluido casero Z recomendado por el gobierno***? | Sí No NS  ***Fluido casero X recomen-***  ***dado por el gobierno*** ……...1 2 8  ***Fluido casero Y recomen-***  ***dado por el gobierno*** ………1 2 8  ***Fluido casero Z recomen-***  ***dado por el gobierno***….…….1 2 8 |  |
| **CA5**. ¿Se le dio alguna (otra) cosa para tratar la diarrea? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨CA6A  8⇨CA6A |
| **CA6**. ¿Qué (otra) cosa se le dio para tratar la diarrea?  *Indague*:  ¿Algo más?  *Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.*    (Nombre) | Pastilla o jarabe  Antibiótico A  Antiespasmódico B    Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc) G  No sabe tipo de pastilla o jarabe H  Inyección  Antibiótica L  No antibiótica M  No sabe tipo de inyección N  Intravenosa O  Remedio casero / medicina a base  de hierbas Q  Otros (especifique) X |  |
| **CA6A.** En las dos últimas semanas, ¿ha estado (nombre) enfermo con fiebre en algún momento? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨CA7  8⇨CA7 |
| **CA6B.**  ¿En algún momento durante la enfermedad se tomó sangre del dedo o talón de (nombre) para hacerle un test? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **CA7**. En algún momento de las últimas dos semanas, ¿ha tenido (nombre) alguna enfermedad con tos? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨CA9A  8⇨CA9A |
| **CA8**. Cuando (nombre) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨CA10  8⇨CA10 |
| **CA9**. ¿Esto se debió a algún problema en el pecho o a tener la nariz tapada o que moquea? | Problema en el pecho solamente 1  Nariz tapada o que moquea solamente 2  Ambos 3  Otros (especifique) 6  No sabe 8 | 1⇨CA10  2⇨CA10  3⇨CA10  6⇨CA10  8⇨CA10 |
| **CA9A.**  Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre?  **🞎**  El niño/a tuvo fiebre ⇨ Continúe con CA10  **🞎**  *El niño/a no tuvo fiebre* *⇨ Vaya a CA14* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA10**. ¿Buscó consejo o tratamiento para la enfermedad de alguna fuente? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨CA12  8⇨CA12 |
| **CA11**. ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?  *Indague:* ¿Algún otro lugar?  Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.  Indague para identificar cada tipo de fuente.  Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.    (Nombre del lugar) | Sector público  Hospital del gobierno A  Centro de salud del gobierno B  Puesto de salud del gobierno C  Trabajador de salud de la comunidad D  Clínica móvil / ambulante E  Otro público (especifique) H  Sector médico privado  Hospital / clínica privada I  Médico privado J  Farmacia privada K  Clínica móvil L  Otro (especifique) O  Otras fuentes  Pariente / amigo P  Tienda Q  Profesional tradicional R  Otro (especifique) X |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA12**. ¿En algún momento durante la enfermedad, Se le dio a (nombre) algún medicamento para tratar esta enfermedad? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨CA14  8⇨CA14 |
| **CA13**. ¿Qué medicamento se le dio a (nombre)?  *Indague:*  ¿Algún otro medicamento?  Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.    (Nombre) | Antimaláricos  SP/Fansidar A  Cloroquina B  Amodiaquina C  Quinina D  Combinación con Artemisina E    Otro antimaláricos  (especifique) H  Antibióticos  Pastilla / Jarabe I  Inyección J  Otros medicamentos:  Paracetamol / Panadol / Acetaminofeno P  Aspirina Q  Ibuprofeno R  Otro (especifique) X  No sabe Z |  |
| **CA13A**. Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I o J)?  🞎 Sí ⇨ Continúe con CA13B  🞎 *No ⇨ Pase a CA13C* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA13B**. ¿Dónde obtuvo el (*nombre del medicamento en* CA13)?  Indague para identificar cada tipo de fuente.  Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.    (*Nombre del lugar*) | Sector público  Hospital del gobierno 11  Centro de salud del gobierno 12  Puesto de salud del gobierno 13  Trabajador de salud de la comunidad 14  Clínica móvil / ambulante 15  Otro público (especifique) 16  Sector médico privado  Hospital / clínica privada 21  Médico privado 22  Farmacia privada 23  Clínica móvil 24  Otro médico privado (especifique) 26  Otra fuente  Pariente / amigo 31  Tienda 32  Profesional tradicional 33  Ya en casa…………………………………..40  Otro (especifique) 96 |  |
| **CA13C**. Verifique CA13: ¿Algún antimalárico mencionado (códigos A - H)?  🞎 Sí ⇨ Continúe con CA13D  🞎 *No ⇨ Pase al módulo siguiente* | | |
| **CA13D**. ¿Dónde obtuvo el (*nombre del medicamento en* CA13)?  Indague para identificar cada tipo de fuente.  Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.    (*Nombre del lugar*) | Sector público  Hospital del gobierno 11  Centro de salud del gobierno 12  Puesto de salud del gobierno 13  Trabajador de salud de la comunidad 14  Clínica móvil / ambulante 15  Otro público (especifique) 16  Sector médico privado  Hospital / clínica privada 21  Médico privado 22  Farmacia privada 23  Clínica móvil 24  Otro médico privado (especifique) 26  Otra fuente  Pariente / amigo 31  Tienda 32  Profesional tradicional 33  Ya en casa…………………………………..40  Otro (especifique) 96 |  |
| **CA13E**. ¿Cuánto tiempo después del inicio de la fiebre tomó (nombre) por primera vez *(nombre del antimalárico de CA13)?*  Si se registraron varios antimaláricos en CA13, inclúyalos todos en la pregunta. | El mismo día 0  Al día siguiente 1  2 días después de la fiebre 2  3 días después de la fiebre 3  4 o más días después de la fiebre 4  No sabe 8 |  |
| **CA14**. Verifique AG2: Edad del niño/a  🞎 Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇨ Continúe con CA15    🞎 Edad del niño/a 3 o 4 ⇨ Vaya a UF13 | | |
| **CA15**. La última vez que *(*nombre*)* hizo una deposición, ¿cómo se eliminó la deposición? | El niño usó el inodoro / letrina 01  Lo puso / descartó en el inodoro o letrina 02  Lo puso / descartó en el desagüe o  la cloaca 03  Se tiró a la basura (residuo sólido) 04  Se enterró 05  Se dejó al aire libre 06  Otro (especifique) 96  No sabe 98 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UF13**. *Anote la hora.* | Hora y minutos \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |

|  |
| --- |
| **UF14**. Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15.  ¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en esta casa?  **🞎** Sí ⇨ Indíquele a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a.  Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada  **🞎** No ⇨ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígale que debe medir  el peso y la talla del niño/a antes de que se marche del hogar  Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer, del hombre o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANTROPOMETRÍA AN | | |
| Una vez los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a.  Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de línea del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas. | | |
| **AN1**. *Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:* | Nombre \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **AN2**. *Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso* | Se midió una o ambas 1  El niño/ la niña no estaba presente 2  El niño/ la niña o la persona encargada se negó 3  Otro (especifique) 6 | 2⇨AN6  3⇨AN6  6⇨AN6 |
| **AN3**. *Peso del niño/a* | Kilogramos (kg) \_\_ \_\_ . \_\_  No se midió el peso 99.9 |  |
| **AN3A**. *¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo?*  ***🞎*** *Sí.*  ***🞎*** *No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo.* | | |
| **AN3B**. Verifique la edad del niño/a en AG2:  **🞎** Niño/a menor de 2 años. ⇨ Medir la talla (acostado).  **🞎** Niño/a de 2 años o más. ⇨ Medir la talla (de pie). | | |
| **AN4**. *Estatura/talla del niño/a* | Talla/estatura (cm)…………….. \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_  No se midió la Talla/estatura 9999.9 | ⇨AN6 |
| **AN4A**. *¿Cómo se midió de hecho al niño/a?¿Acostado o de pie?* | Acostado 1  De pie 2 |  |
|  | | |
| **AN6**. ¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?  **🞎** Sí ⇨ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.  **🞎** No ⇨ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar. | | |

|  |
| --- |
| **Observaciones de la entrevistadora** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del Editor de Campo** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del Supervisor** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del medidor** |
|  |