

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
UF1. Número de conglomerado: _____	UF2. Número de hogar: _____	
UF3. Nombre y número de línea del niño/a: NOMBRE _____	UF4. Nombre y número de la madre/ cuidadora: : NOMBRE _____	
UF5. Nombre y número de la entrevistadora: NOMBRE _____	UF6. Nombre y número del supervisor: NOMBRE _____	
UF7. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / <u>2 0 1</u> _____	UF8. Registre la hora:	HORAS : MINUTOS _____ : _____

Verifique la edad del encuestado en HL6 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: Si tiene entre 15 y 17 años de edad, verifique que se obtenga el consentimiento del adulto para la entrevista (HH33 o HH39) o que no sea necesario (HL20=90). Si el consentimiento fuera necesario y no se obtuviera, no se iniciará la entrevista y deberá registrar '06' en UF17. El encuestado deberá tener, por lo menos, 15 años de edad.

UF9. Verifique los cuestionarios completados en este hogar: ¿Usted u otro miembro de su equipo ya había entrevistado a este encuestado para otro cuestionario?	SÍ, YA ENTREVISTADO ..... 1 ⇒UF10B NO, PRIMERA ENTREVISTA..... 2 ⇒UF10A
UF10A. Hola, me llamo ( <i>su nombre</i> ). Somos de la <b>Oficina Nacional de Estadísticas</b> . Estamos trabajando en una encuesta sobre la situación de los niños/as, familias y hogares. Me gustaría conversar con usted acerca de la salud y bienestar de ( <i>nombre del niño/a de UF3</i> ). La entrevista durará aproximadamente <b>número de</b> minutos. Toda la información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y anónima. Si desea no responder a alguna pregunta, o desea detener la entrevista, por favor hágamelo saber. ¿Puedo comenzar ahora?	UF10B. Me gustaría hablarle ahora más en detalle sobre la salud y bienestar de ( <i>nombre del niño/a de UF3</i> ). Esta entrevista durará aproximadamente <b>número de</b> minutos. De nuevo, toda información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y anónima. Si desea no responder a alguna o desea detener la entrevista, por favor hágamelo saber. ¿Puedo comenzar ahora?
SÍ..... NO / NO SE PREGUNTÓ .....	1 ⇒ Módulo de ANTECEDENTES DEL NIÑO/A MENOR DE CINCO 2 ⇒UF17

UF17. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años.  <i>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</i>  <i>Comente con su supervisor cualquier resultado no completado.</i>	COMPLETADA ..... 01 AUSENTE ..... 02 RECHAZO..... 03 COMPLETADA PARCIALMENTE..... 04 INCAPACITADA ( <i>especifique</i> ) _____ 05 NO HAY CONSENTIMIENTO DE ADULTO PARA MADRE/ CUIDADORA DE 15 A 17 AÑOS DE EDAD..... 06  OTRO ( <i>especifique</i> ) _____ 96
--	--

ANTECEDENTES DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS		UB
<p><b>UB0.</b> Antes de comenzar la entrevista, ¿podría traer el Certificado de Nacimiento y el <b>Registro Nacional de Inmunización Infantil</b> de (<i>nombre</i>), así como cualquier registro de inmunización de un proveedor privado de salud? Necesitaremos referirnos a esos documentos.</p>		
<p><b>UB1.</b> ¿En qué día, mes y año nació (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Cuándo es su cumpleaños?</p> <p><i>Si la madre/ cuidadora conoce la fecha exacta de nacimiento, registre también el día; de lo contrario, registre '98' para el día.</i></p> <p><i>El mes y el año <u>deben</u> ser anotados.</i></p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>DÍA .....__ __</p> <p>NS DÍA .....98</p> <p>MES .....__ __</p> <p>AÑO..... <u>2</u> <u>0</u> <u>1</u> __</p>	
<p><b>UB2.</b> ¿Qué edad tiene (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Qué edad tenía (<i>nombre</i>) en su último cumpleaños?</p> <p><i>Registre la edad en años cumplidos.</i></p> <p><i>Registre '0' si es inferior a 1 año.</i></p> <p><i>Si las respuestas a UB1 y UB2 son inconsistentes, indague más y corrija.</i></p>	<p>EDAD (EN AÑOS COMPLIDOS).....__</p>	
<p><b>UB3.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0, 1, Ó 2.....1</p> <p>EDAD 3 Ó 4.....2</p>	<p>1 ⇨UB9</p>
<p><b>UB4.</b> Verifique el número de línea del encuestado (UF4) y el encuestado en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47):</p>	<p>ENCUESTADO ES EL MISMO, UF4=HH47 .....1</p> <p>ENCUESTADO NO ES EL MISMO, UF4≠HH472</p>	<p>2 ⇨UB6</p>
<p><b>UB5.</b> Verifique ED10 en el MÓDULO DE EDUCACIÓN en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Asiste el niño/a a Educación para la primera infancia en el actual año lectivo?</p>	<p>SÍ, ED10=0 .....1</p> <p>NO, ED10≠0 O EN BLANCO.....2</p>	<p>1 ⇨UB8B</p> <p>2 ⇨UB9</p>
<p><b>UB6.</b> ¿Ha (<i>nombre</i>) alguna vez asistido a algún programa de educación para la primera infancia, como, por ejemplo, <b>inserte nombres de programas específicos del país</b>?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p>	<p>2 ⇨UB9</p>
<p><b>UB7.</b> En algún momento desde <b>inserte el mes del inicio del año escolar</b>, ¿asistió a (<i>los programas mencionados en la UB6</i>)?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p>	<p>1 ⇨UB8A</p> <p>2 ⇨UB9</p>

<p><b>UB8A.</b> ¿Asiste actualmente a (<i>programas mencionados en UB6</i>)?</p> <p><b>UB8B.</b> Usted ha mencionado que (<i>nombre</i>) ha asistido a un programa de educación para la primera infancia durante este año lectivo ¿Actualmente asiste a este programa?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p>	
<p><b>UB9.</b> ¿Está (<i>nombre</i>) cubierto por algún seguro médico?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO .....2</p>	<p>2⇒Fin</p>
<p><b>UB10.</b> ¿Por qué tipo de seguro médico está cubierto (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Registre todo lo que se mencione.</i></p>	<p>MUTUALIDAD DE SALUD/ SEGURO MÉDICO COMUNITARIO .....A</p> <p>SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DEL EMPLEADOR .....B</p> <p>SEGURIDAD SOCIAL .....C</p> <p>OTRO SEGURO MÉDICO COMERCIAL ADQUIRIDO DE MANERA PRIVADA.....D</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ X</p>	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
<b>BR1.</b> ¿Tiene ( <i>nombre</i> ) certificado de nacimiento?  <i>Si es 'Sí', pregunte:</i> ¿Puedo verlo?	SÍ, VISTO..... 1	1 ⇨ <i>Fin</i>
	SÍ, NO VISTO ..... 2	2 ⇨ <i>Fin</i>
	NO..... 3	
	NS ..... 8	
<b>BR2.</b> ¿El nacimiento de ( <i>nombre</i> ) fue registrado ante las autoridades civiles?	SÍ..... 1	1 ⇨ <i>Fin</i>
	NO..... 2	
	NS ..... 8	
<b>BR3.</b> ¿Sabe cómo registrar el nacimiento de ( <i>nombre</i> )?	SÍ..... 1	
	NO..... 2	

**DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL**

**EC**

<p><b>EC1.</b> ¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene para (<i>nombre</i>)?</p>	<p>NINGUNO ..... 00</p> <p>NÚMERO DE LIBROS DE NIÑOS/AS ..... <u>0</u> ___</p> <p>DIEZ O MÁS LIBROS ..... 10</p>	
<p><b>EC2.</b> Quisiera saber cuáles son las cosas con las que (<i>nombre</i>) juega cuando está en casa.</p> <p>¿Juega con:</p> <p>[A] juguetes caseros tales como muñecas, carritos u otros juguetes hechos en casa?</p> <p>[B] juguetes de una tienda o fabricados?</p> <p>[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?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>JUGUETES CASEROS ..... 1 2 8</p> <p>JUGUETES DE TIENDA..... 1 2 8</p> <p>OBJETOS DEL HOGAR U OBJETOS DEL EXTERIOR ..... 1 2 8</p>	
<p><b>EC3.</b> 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.</p> <p>¿Cuántos días en la última semana fue (<i>nombre</i>):</p> <p>[A] dejado solo durante más de una hora?</p> <p>[B] dejado al cuidado de otro niño/a; es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora?</p> <p><i>Si la respuesta es “ningún día”, registre ‘0’. Si la respuesta es “no sé”, escriba ‘8’.</i></p>	<p>NÚMERO DE DÍAS QUE LO DEJÓ SOLO DURANTE MÁS DE UNA HORA..... ___</p> <p>NÚMERO DE DÍAS QUE LO DEJÓ A CARGO DE OTRO NIÑO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA ..... ___</p>	
<p><b>EC4.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0, Ó 1..... 1</p> <p>EDAD 2, 3 Ó 4..... 2</p>	<p>1 ⇒ Fin</p>
<p><b>EC5.</b> En los pasados 3 días, ¿usted o alguien del hogar de 15 años o mayor participó en alguna de las siguientes actividades con (<i>nombre</i>):</p> <p>Si es “Sí”, pregunte:</p> <p>¿Quién participó en esta actividad con (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Los padres/madres adoptivos y padrastros y madrastras que viven en el hogar y participan en actividades con el niño/a deberán ser codificados como</i></p>		

<p><i>madre o padre.</i></p> <p><i>Registre todas las opciones que correspondan.</i></p> <p><i>'Nadie' no puede ser registrado si algún miembro del hogar de 15 años de edad o más realiza actividades con el niño/a.</i></p> <p>[A] ¿Leyó libros a (<i>nombre</i>) o miró los dibujos de un libro con (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] ¿Le contó cuentos a (<i>nombre</i>)?</p> <p>[C] ¿Le cantó canciones a (<i>nombre</i>) o cantó con (<i>nombre</i>), incluyendo canciones de cuna?</p> <p>[D] ¿Llevó a (<i>nombre</i>) a pasear fuera de la casa?</p> <p>[E] ¿Jugó con (<i>nombre</i>)?</p> <p>[F] ¿Le nombró, contó o dibujó cosas a (<i>nombre</i>) o con (<i>nombre</i>)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MADRE</th> <th>PADRE</th> <th>OTRO</th> <th>NADIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LEYÓ LIBROS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CONTÓ CUENTOS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CANTÓ CANCIONES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>LO LLEVÓ FUERA</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>JUGÓ CON</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>NOMBRÓ</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MADRE	PADRE	OTRO	NADIE	LEYÓ LIBROS	A	B	X	Y	CONTÓ CUENTOS	A	B	X	Y	CANTÓ CANCIONES	A	B	X	Y	LO LLEVÓ FUERA	A	B	X	Y	JUGÓ CON	A	B	X	Y	NOMBRÓ	A	B	X	Y	
	MADRE	PADRE	OTRO	NADIE																																	
LEYÓ LIBROS	A	B	X	Y																																	
CONTÓ CUENTOS	A	B	X	Y																																	
CANTÓ CANCIONES	A	B	X	Y																																	
LO LLEVÓ FUERA	A	B	X	Y																																	
JUGÓ CON	A	B	X	Y																																	
NOMBRÓ	A	B	X	Y																																	
<p><b>EC5G.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 2 .....1</p> <p>EDAD 3 Ó 4.....2</p>	<p>1 ⇒Fin</p>																																			
<p><b>EC6.</b> Me gustaría preguntarle acerca de la salud y el desarrollo de (<i>nombre</i>). 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 (<i>nombre</i>).</p> <p>¿Puede (<i>nombre</i>) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NS .....8</p>																																				
<p><b>EC7.</b> ¿Puede (<i>nombre</i>) leer al menos cuatro palabras sencillas y populares?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NS .....8</p>																																				
<p><b>EC8.</b> ¿Sabe (<i>nombre</i>) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NS .....8</p>																																				
<p><b>EC9.</b> ¿Puede (<i>nombre</i>) recoger un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del piso?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NS .....8</p>																																				
<p><b>EC10.</b> ¿Se siente (<i>nombre</i>) a veces demasiado enfermo como para jugar?</p>	<p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NS .....8</p>																																				

<b>EC11.</b> ¿Puede ( <i>nombre</i> ) seguir instrucciones sencillas sobre cómo hacer algo correctamente?	SÍ.....1 NO.....2  NS .....8	
<b>EC12.</b> Cuando se le da algo para hacer, ¿puede ( <i>nombre</i> ) hacerlo por sí solo/a?	SÍ.....1 NO.....2  NS .....8	
<b>EC13.</b> ¿Se lleva ( <i>nombre</i> ) bien con los otros niños/as?	SÍ.....1 NO.....2  NS .....8	
<b>EC14.</b> ¿( <i>nombre</i> ) pateo, muerde o golpea a otros niños/as o adultos?	SÍ.....1 NO.....2  NS .....8	
<b>EC15.</b> ¿Se distrae ( <i>nombre</i> ) fácilmente?	SÍ.....1 NO.....2  NS .....8	

DISCIPLINA INFANTIL		UCD
<b>UCD1.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 ..... 1 EDAD 1, 2, 3 Ó 4 ..... 2	1 ⇒ Fin
<b>UCD2.</b> Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños/as la manera correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan. Por favor, dígame si Ud. o cualquier otro adulto más del hogar ha usado estos métodos con ( <b>nombre</b> ) en el mes pasado.		SÍ NO
[A] Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a ( <b>nombre</b> ) le gusta, o no le permitió salir de la casa.	LE QUITÓ ALGÚN PRIVILEGIO..... 1 2	
[B] Le explicó a ( <b>nombre</b> ) por qué estuvo mal su comportamiento.	EXPLICÓ EL COMPORTAMIENTO ERRÓNEO ..... 1 2	
[C] Lo/la sacudió.	LO/LA SACUDIÓ ..... 1 2	
[D] Le gritó, le gritó muy fuerte, o le dio alaridos.	LE GRITÓ, LE GRITÓ MUY FUERTE, O LE DIO ALARIDOS ..... 1 2	
[E] Le dio otra cosa que hacer.	LE DIO OTRA COSA QUE HACER ..... 1 2	
[F] Le dio una tunda, lo/la golpeó o lo/la nalgueó sólo con la mano.	LE DIO UNA TUNDA, LO/LA NALGUEÓ SÓLO CON LA MANO ..... 1 2	
[G] Lo/la golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.	LO/LA GOLPEÓ CON UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UN PALO U OTRO OBJETO DURO ..... 1 2	
[H] Lo/la llamó tonto/a, perezoso/a o alguna otra cosa parecida.	LO/LA LLAMÓ TONTO/A, PEREZOSO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA ..... 1 2	
[I] Lo/la golpeó o le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas.	GOLPEÓ / DIO PALMADA EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS ..... 1 2	
[J] Lo/la golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.	GOLPEÓ / DIO UNA PALMADA EN LA MANO, EN EL BRAZO O EN LA PIERNA ..... 1 2	
[K] Le dio una paliza; es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.	LE DIO UNA PALIZA, LE PEGÓ UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDO ..... 1 2	
<b>UCD3.</b> Verifique UF4: ¿La entrevistada es la madre o cuidadora de otro niño/a menor de 5 años o de un niño/a de 5 a 14 años seleccionado para el cuestionario de niños/as de 5-17?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	2 ⇒ UCD5
<b>UCD4.</b> Verifique UF4: ¿Esta entrevistada ya ha respondido la siguiente pregunta (UCD5 o FCD5) para otro niño?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	1 ⇒ Fin



<b>UCD5.</b> ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño/una niña, se le debe castigar físicamente?	SÍ .....	1
	NO .....	2
	NS / SIN OPINIÓN .....	8

FUNCIONAMIENTO INFANTIL		UCF
<b>UCF1.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 Ó 1 .....1 EDAD 2, 3 Ó 4 .....2	1 ⇨ Fin
<b>UCF2.</b> Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre ciertas dificultades que pueda tener ( <b>nombre</b> ).  ¿( <b>nombre</b> ) usa anteojos?	SÍ.....1 NO .....2	
<b>UCF3.</b> ¿Usa ( <b>nombre</b> ) alguna prótesis auditiva?	SÍ.....1 NO .....2	
<b>UCF4.</b> ¿Usa ( <b>nombre</b> ) algún aparato o recibe ayuda para caminar?	SÍ.....1 NO .....2	
<b>UCF5.</b> En las siguientes preguntas, le pediré que me responda seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta usted diría que ( <b>nombre</b> ) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) No puede realizar la actividad  <i>Repita las categorías durante las preguntas individuales cuando el/la entrevistado/a no use una categoría de respuesta:</i>  Recuerde las cuatro posibles respuestas: usted diría que ( <b>nombre</b> ) tiene: 1) Ninguna dificultad 2) Cierta dificultad 3) Mucha dificultad 4) No puede realizar la actividad		
<b>UCF6.</b> Verifique UCF2: ¿El niño/a usa anteojos?	SÍ, UCF2=1.....1 NO, UCF2=2 .....2	1 ⇨ UCF7A 2 ⇨ UCF7B
<b>UCF7A.</b> Cuando ( <b>nombre</b> ) usa anteojos, ¿tiene dificultad para ver?  <b>UCF7B.</b> ¿Tiene ( <b>nombre</b> ) dificultad para ver?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD .....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 NO PUEDE VER.....4	
<b>UCF8.</b> Verifique UCF3: ¿El niño/a usa prótesis auditiva?	SÍ, UCF3=1.....1 NO, UCF3=2 .....2	1 ⇨ UCF9A 2 ⇨ UCF9B
<b>UCF9A.</b> Cuando ( <b>nombre</b> ) usa la prótesis auditiva, ¿tiene dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?  <b>UCF9B.</b> ¿Tiene ( <b>nombre</b> ) dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	NINGUNA DIFICULTAD.....1 CIERTA DIFICULTAD .....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 NO PUEDE OÍR.....4	
<b>UCF10.</b> Verifique UCF4: ¿El niño/a usa algún aparato o recibe ayuda para caminar?	SÍ, UCF4=1.....1 NO, UCF4=2 .....2	1 ⇨ UCF11 2 ⇨ UCF13
<b>UCF11.</b> Cuando ( <b>nombre</b> ) no usa el aparato ni recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?	CIERTA DIFICULTAD .....2 MUCHA DIFICULTAD.....3 NO PUEDE CAMINAR.....4	

<p><b>UCF12.</b> Cuando (<i>nombre</i>) usa el aparato o recibe ayuda, ¿tiene dificultad para caminar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD ..... 1            CIERTA DIFICULTAD ..... 2            MUCHA DIFICULTAD ..... 3            NO PUEDE CAMINAR ..... 4</p>	<p>1 ⇨ UCF14            2 ⇨ UCF14            3 ⇨ UCF14            4 ⇨ UCF14</p>
<p><b>UCF13.</b> En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para caminar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD ..... 1            CIERTA DIFICULTAD ..... 2            MUCHA DIFICULTAD ..... 3            NO PUEDE CAMINAR ..... 4</p>	
<p><b>UCF14.</b> En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para recoger objetos pequeños con la mano?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD ..... 1            CIERTA DIFICULTAD ..... 2            MUCHA DIFICULTAD ..... 3            NO PUEDE RECOGER ..... 4</p>	
<p><b>UCF15.</b> ¿Tiene (<i>nombre</i>) dificultad para entenderle a usted?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD ..... 1            CIERTA DIFICULTAD ..... 2            MUCHA DIFICULTAD ..... 3            NO PUEDE ENTENDER ..... 4</p>	
<p><b>UCF16.</b> Cuando (<i>nombre</i>) habla, ¿tiene usted dificultad para entenderle?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD ..... 1            CIERTA DIFICULTAD ..... 2            MUCHA DIFICULTAD ..... 3            NO PUEDE SER ENTENDIDO ..... 4</p>	
<p><b>UCF17.</b> En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para aprender cosas?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD ..... 1            CIERTA DIFICULTAD ..... 2            MUCHA DIFICULTAD ..... 3            NO PUEDE APRENDER ..... 4</p>	
<p><b>UCF18.</b> En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿tiene (<i>nombre</i>) dificultad para jugar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD ..... 1            CIERTA DIFICULTAD ..... 2            MUCHA DIFICULTAD ..... 3            NO PUEDE JUGAR ..... 4</p>	
<p><b>UCF19.</b> La siguiente pregunta tiene cinco diferentes opciones de respuesta. Le leeré las opciones después de la pregunta.</p> <p>En comparación con los niños/as de la misma edad, ¿qué tanto pateo, muerde o golpea (<i>nombre</i>) a otros niños/as o adultos?</p> <p>¿Diría que: no lo hace, menos, lo mismo, más o mucho más?</p>	<p>NO LO HACE ..... 1            MENOS ..... 2            LO MISMO ..... 3            MÁS ..... 4            MUCHO MÁS ..... 5</p>	

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD		
<b>BD1.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0, 1, Ó 2..... 1 EDAD 3 OR 4..... 2	2 ⇒ Fin		
<b>BD2.</b> ¿Ha sido amamantado ( <i>nombre</i> ) alguna vez?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS..... 8	2 ⇒ BD3A 8 ⇒ BD3A		
<b>BD3.</b> ¿Todavía está ( <i>nombre</i> ) siendo amamantado/a?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS..... 8			
<b>BD3A.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 Ó 1..... 1 EDAD 2..... 2	2 ⇒ Fin		
<b>BD4.</b> ¿Ayer, durante el día o la noche, <u>bebió (<i>nombre</i>) algún líquido de una botella con chupón?</u>	SÍ..... 1 NO..... 2 NS..... 8			
<b>BD5.</b> ¿ <u>Tomó (<i>nombre</i>) Solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO)</u> en el día de ayer, durante el día o la noche?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS..... 8			
<b>BD6.</b> ¿ <u>Tomó o comió (<i>nombre</i>) suplementos vitamínicos o minerales o algún medicamento</u> en el día de ayer, durante el día o la noche?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS..... 8			
<b>BD7.</b> Ahora quisiera preguntarle sobre los otros líquidos que ( <i>nombre</i> ) pudo haber tomado ayer durante el día o la noche.  Por favor, incluya los líquidos consumidos fuera de su hogar.  ¿Bebió ( <i>nombre</i> ) ( <i>nombre del ítem</i> ) ayer durante el día o la 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] <b>Nombre local para caldo/sopa no espesa?</b>	CALDO NO ESPESO	1	2	8
[D] Leche de fórmula, como <b>inserte marca popular?</b>	LECHE DE FÓRMULA	1	2 ∅ BD7[E]	8 ∅ BD7[E]
[D1] ¿Cuántas veces bebió ( <i>nombre</i> ) leche de fórmula? <i>Si es 7 o más veces, registre '7'.</i> <i>Si es desconocido, registre '8'.</i>	NÚMERO DE VECES BEBIÓ LECHE DE FÓRMULA__			

[E] Leche de origen animal, como leche fresca, envasada o en polvo?	LECHE	1	2 $\varnothing$ BD7[X]	8 $\varnothing$ BD7[X]
[E1] ¿Cuántas veces bebió ( <i>nombre</i> ) leche? <i>Si es 7 o más veces, registre '7'.</i> <i>Si es desconocido, registre '8'.</i>	NÚMERO DE VECES BEBIÓ LECHE..... _			
[X] Algún otro líquido?	OTROS LÍQUIDOS	1	2 $\varnothing$ BD8	8 $\varnothing$ BD8
[X1] <i>Registre todos los otros líquidos mencionados.</i>	<i>(Especifique)</i> _____			
<p><b>BD8.</b> Ahora me gustaría preguntarle sobre <u>todo</u> lo que (<i>nombre</i>) comió ayer durante el día o la noche. Por favor, incluya también alimentos consumidos fuera de su hogar.</p> <p>- Piense cuando (<i>nombre</i>) se despertó ayer. ¿Comió algo en ese momento? <i>Si es "Sí" pregunte: por favor, dígame todo lo que (<i>nombre</i>) comió en ese momento. Indague: ¿algo más?</i> <i>Registre las respuestas usando los grupos de alimentos abajo.</i></p> <p>- ¿Qué hizo (<i>nombre</i>) después de eso? ¿Comió algo en ese momento? <i>Repita esta serie de preguntas, marcando los grupos de alimentos, hasta que el encuestado le diga que el niño/a se durmió hasta la mañana siguiente.</i></p>				
<i>Para cada grupo de alimentos no mencionado después de completar lo anterior, pregunte: Sólo para asegurarme, ¿comió (<i>nombre</i>) ayer (<i>ítems del grupo de alimento</i>) de día o de noche?:</i>		SÍ	NO	NS
[A] Yogurt hecho de leche de origen animal? <i>Tenga en cuenta que el yogurt líquido /bebible debe ser capturado en BD7[E] o BD7[X] dependiendo del contenido de leche.</i>	YOGURT	1	2 $\varnothing$ BD8[B]	8 $\varnothing$ BD8[B]
[A1] ¿Cuántas veces ( <i>nombre</i> ) comió o bebió yogurt?  <i>Si es 7 veces o más, registre '7'.</i> <i>Si no sabe, registre '8'.</i>	NÚMERO DE VECES QUE COMIÓ YOGURT _			
[B] ¿Algún alimento para bebé, como <b>inserte el nombre de marca de alimento fortificado para bebé, como, por ejemplo, Cerelac, Gerber, Hero o Nestum?</b>	ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBÉ	1	2	8
[C] Pan, arroz, fideos, gachas u otros alimentos elaborados con granos?	ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS	1	2	8
[D] ¿Calabaza, zanahorias, ayote, camote o boniatos que son de color amarillo o naranja por dentro?	CALABAZA, ZANAHORIA, AYOTE, CAMOTE, ETC.	1	2	8
[E] ¿Papa, yuca, mandioca o cualquier alimento elaborado a partir de las raíces?	ALIMENTOS HECHOS A BASE DE RAÍCES	1	2	8
[F] ¿Alguna verdura de hojas verde oscuro y frondosas como <b>inserte alguno de estos alimentos ricos en vitamina A disponibles localmente?</b>	VERDURAS DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS	1	2	8

[G] ¿Mangos maduros o papayas maduros o <b>inserte alguno de estos alimentos ricos en vitamina A disponibles localmente?</b>	MANGOS/PAPAYA MADUROS	1	2	8
[H] ¿Alguna otra fruta o verdura, como <b>inserte las frutas y verduras que se consuma de forma habitual?</b>	OTRAS FRUTAS O VERDURAS	1	2	8
[I] ¿Hígado, riñón, corazón u otras vísceras?	VÍSCERAS	1	2	8
[J] ¿Cualquier otro tipo de carne, como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo o pato o embutidos hechos de estas carnes?	OTRO TIPO DE CARNE	1	2	8
[K] ¿Huevos?	HUEVOS	1	2	8
[L] ¿Pescado o mariscos ya sean frescos o secos?	PESCADO FRESCO O SECO	1	2	8
[M] ¿Frijoles, guisantes, lentejas o nueces, incluyendo cualquier alimento hecho a base de estos?	ALIMENTOS A BASE DE FRIJOLES, GUISANTES, NUECES, ETC.	1	2	8
[N] ¿Queso u otros alimentos hechos a base de leche de origen animal?	QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS A BASE DE LECHE DE ORIGEN ANIMAL	1	2	8
[X] ¿Otro alimento sólido, semisólido o blando?	OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMISÓLIDO O BLANDO	1	2 <sup>BD9</sup>	8 <sup>BD9</sup>
[X1] <i>Registre cualquier otro alimento sólido, semisólido o blando que no corresponda a ningún grupo de alimentos mencionado anteriormente.</i>	(Especifique) _____			
<b>BD9.</b> ¿Cuántas veces comió ( <b>nombre</b> ) alimentos sólidos, semisólidos o blandos ayer, durante el día o la noche?  <i>Si BD8[A] es 'Sí', asegúrese de que la respuesta incluya el número de veces registrado para yogurt en BD8[A]</i>  <i>Si es 7 veces o más, registre '7'</i>	NÚMERO DE VECES ..... __  NS ..... 8			

INMUNIZACIÓN							IM	
<b>IM1.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?		EDAD 0, 1, Ó 2 ..... 1 EDAD 3 Ó 4 ..... 2					2 ⇒ Fin	
<b>IM2.</b> ¿Tiene la Tarjeta Nacional de Vacunación del Niño y la Niña, registro de algún proveedor de salud privado o cualquier otro documento en donde estén registradas por escrito las vacunas administradas a (nombre)?		SÍ, SOLO TARJETA(S) ..... 1 SÍ, SOLO TIENE OTRO DOCUMENTO ..... 2 SÍ, TIENE TARJETA (S) Y OTRO DOCUMENTO ..... 3 NO, NO TIENE TARJETA NI OTRO DOCUMENTO ..... 4					1 ⇒ IM5  3 ⇒ IM5	
<b>IM3.</b> ¿Alguna vez tuvo la Tarjeta Nacional de Vacunación del Niño y la Niña o registros de vacunación de un proveedor de salud privado para (nombre)?		SÍ ..... 1 NO ..... 2						
<b>IM4.</b> Verifique IM2:		SOLO TIENE OTRO DOCUMENTO, IM2=2 ..... 1 NO TIENE TARJETAS NI DOCUMENTOS DISPONIBLES, IM2=4 ..... 2					2 ⇒ IM11	
<b>IM5.</b> ¿Podría ver su tarjeta(s) (y/u) otro documento?		SÍ, SOLO SE VIO LA TARJETA ..... 1 SÍ, SOLO SE VIO OTRO DOCUMENTO ..... 2 SÍ, SE VIERON LA TARJETA (S) Y EL OTRO DOCUMENTO ..... 3 NO SE VIERON LA TARJETA NI EL OTRO DOCUMENTO ..... 4					4 ⇒ IM11	
<b>IM6.</b> (a) Copie las fechas para cada vacuna de la tarjeta (b) Registre '44' en la columna "día" si los documentos muestran que se administró la vacuna pero no se indica la fecha.		<b>FECHA DE INMUNIZACIÓN</b>						
		<b>DÍA</b>		<b>MES</b>		<b>AÑO</b>		
BCG	BCG					2	0	1
HepB (al nacer)	HepB0					2	0	1
Polio (OPV) (al nacer)	OPV0					2	0	1
Polio (OPV) 1	OPV1					2	0	1
Polio (OPV) 2	OPV2					2	0	1
Polio (OPV) 3	OPV3					2	0	1
Polio (IPV)	IPV					2	0	1
Pentavalente (DPTHibHepB) 1	Penta1					2	0	1
Pentavalente (DPTHibHepB) 2	Penta2					2	0	1
Pentavalente (DPTHibHepB) 3	Penta3					2	0	1
Neumo (Conjugate) 1	PCV1					2	0	1
Neumo (Conjugate) 2	PCV2					2	0	1
Neumo (Conjugate) 3	PCV3					2	0	1

Rotavirus 1	Rota1					2	0	1		
Rotavirus 2	Rota2					2	0	1		
Rotavirus 3	Rota3					2	0	1		
MMR /SRP	MMR					2	0	1		
MMR 2/SRP2	MMR2					2	0	1		
Fiebre amarilla	YF					2	0	1		
<b>IM7.</b> Verifique IM6: ¿Están registradas todas las vacunas (BCG a YF)?		SÍ ..... 1 NO ..... 2								1 ⇒ Fin
<b>IM8.</b> ¿Participó ( <i>nombre</i> ) en alguna de las siguientes campañas, días nacionales de inmunización o días de salud infantil:										S N NS
[A] Inserte fecha/tipo de campaña A, antígenos	CAMPAÑA A	..... 1 2 8								
[B] Inserte fecha/tipo de campaña B, antígenos	CAMPAÑA B	..... 1 2 8								
[C] Inserte fecha/tipo de campaña C, antígenos	CAMPAÑA C	..... 1 2 8								
<b>IM9.</b> Además de lo que está registrado en los documentos que me ha mostrado, ¿se le administró a ( <i>nombre</i> ) alguna otra vacuna, incluyendo las vacunas durante las campañas, los días de vacunación o los días de salud infantil que acabamos de mencionar?		SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8								2 ⇒ Fin 8 ⇒ Fin
<b>IM10.</b> Vuelva a IM6 e indague sobre estas vacunas.  Registre '66' en la columna de día correspondiente para cada vacuna mencionada.  Para las vacunas <u>no</u> recibidas, registre '00'.  Cuando <u>termine</u> , vaya al Fin del módulo.										⇒ Fin
<b>IM11.</b> ¿Ha recibido ( <i>nombre</i> ) alguna vacuna para prevenir que contraiga enfermedades, incluyendo vacunas recibidas en una campaña, día de vacunación o día de salud infantil?		SÍ ..... 1 NO ..... 2 NS ..... 8								
<b>IM12.</b> ¿Participó ( <i>nombre</i> ) en alguna de las siguientes campañas, días nacionales de inmunización o días de salud infantil:										S N NS
[A] Inserte fecha/tipo de campaña A, antígenos	CAMPAÑA A	..... 1 2 8								
[B] Inserte fecha/tipo de campaña B, antígenos	CAMPAÑA B	..... 1 2 8								
[C] Inserte fecha/tipo de campaña C, antígenos	CAMPAÑA C	..... 1 2 8								
<b>IM13.</b> Verifique IM11 y IM12:		TODO NO O NS ..... 1 AL MENOS UN SÍ ..... 2								1 ⇒ Fin



<p><b>IM14.</b> ¿Recibió (<i>nombre</i>) alguna vez la vacuna BCG contra la tuberculosis; es decir, una inyección en el brazo o en el hombro que generalmente deja una cicatriz?</p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS ..... 8</p>	
<p><b>IM15.</b> ¿Recibió (<i>nombre</i>) alguna vez la vacuna de Hepatitis B; es decir, una inyección que se da en la parte exterior del muslo, para prevenir la Hepatitis B, en las primeras 24 horas tras el nacimiento?</p>	<p>SÍ, EN LAS PRIMERAS 24 HORAS ..... 1  SÍ, PERO NO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS ..... 2  NO ..... 3  NS ..... 8</p>	
<p><b>IM16.</b> ¿Ha recibido (<i>nombre</i>) alguna vacuna en forma de gotas en la boca para protegerlo/la de la polio?</p> <p><i>Indague indicando que la primera gota se suele administrar al nacer y más tarde al mismo tiempo que las inyecciones para prevenir otras enfermedades.</i></p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS ..... 8</p>	<p>2 ⇒ IM20  8 ⇒ IM20</p>
<p><b>IM17.</b> ¿Recibió las primeras gotas de polio en las primeras dos semanas después del nacimiento?</p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS ..... 8</p>	
<p><b>IM18.</b> ¿Cuántas veces recibió las gotas de polio?</p>	<p>NÚMERO DE VECES ..... —  NS ..... 8</p>	
<p><b>IM19.</b> ¿La última vez que (<i>nombre</i>) recibió gotas contra la polio, también se le administró una inyección para protegerlo/la de la polio?</p> <p><i>Indague para asegurarse de que recibió las gotas e inyección.</i></p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS ..... 8</p>	
<p><b>IM20.</b> ¿Se administró alguna vez a (<i>nombre</i>) una vacuna Pentavalente; es decir, una inyección en el muslo para prevenir que se enferme de tétanos, tosferina, difteria, Hepatitis B y Haemophilus influenzae (Hib) tipo B?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna Pentavalente se administra a veces al mismo tiempo que las gotas contra la polio.</i></p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS ..... 8</p>	<p>2 ⇒ IM22  8 ⇒ IM22</p>
<p><b>IM21.</b> ¿Cuántas veces recibió la vacuna Pentavalente?</p>	<p>NÚMERO DE VECES ..... —  NS ..... 8</p>	
<p><b>IM22.</b> ¿Recibió (<i>nombre</i>) alguna vez una vacuna neumocócica para protegerlo/a contra ciertos tipos de neumonía, incluyendo infecciones del oído y meningitis causadas por el neumococo?</p> <p><i>Indague indicando que la vacuna contra el `neumococo se administra a veces al mismo tiempo que la vacuna Pentavalente.</i></p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS ..... 8</p>	<p>2 ⇒ IM24  8 ⇒ IM24</p>

<b>IM23.</b> ¿Cuántas veces recibió la vacuna neumocócica?	NÚMERO DE VECES ..... _ NS.....8	
<b>IM24.</b> ¿Ha recibido ( <i>nombre</i> ) alguna vacuna contra el rotavirus; es decir, líquido en la boca para prevenir la diarrea?  <i>Indague indicando que la vacuna contra el rotavirus se administra a veces al mismo tiempo que la vacuna Pentavalente.</i>	SÍ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	2⇒IM26 8⇒IM26
<b>IM25.</b> ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra el rotavirus?	NÚMERO DE VECES ..... _ NS.....8	
<b>IM26.</b> ¿Ha recibido ( <i>nombre</i> ) una vacuna MMR/ es decir, una inyección en el brazo a la edad de 9 meses o más para prevenir que se enferme de <b>sarampión, paperas y rubéola</b> ?	SÍ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	2⇒IM27 8⇒IM27
<b>IM26A.</b> ¿Cuántas veces recibió la vacuna contra MMR)?	NÚMERO DE VECES ..... _ NS.....8	
<b>IM27.</b> ¿Ha recibido ( <i>nombre</i> ) una vacuna contra la fiebre amarilla; es decir, una inyección en el brazo a la edad de 9 meses o más para prevenir que se enferme de fiebre amarilla?  <i>Indague indicando que la vacuna contra la fiebre amarilla se administra a veces al mismo tiempo que la vacuna MMR.</i>	SÍ..... 1 NO ..... 2 NS..... 8	
<b>IM28.</b> Emita un <b>FORMULARIO DE CUESTIONARIO PARA REGISTROS DE VACUNACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD</b> para este niño/a. <i>Complete el Panel de Información sobre ese Cuestionario</i>		

**CUIDADO DE ENFERMEDADES**

**CA**

<p><b>CA1.</b> En las últimas dos semanas, ¿tuvo (<i>nombre</i>) diarrea?</p>	<p>SÍ ..... 1                  NO ..... 2                  NS..... 8</p>	<p>2 ⇒CA14                  8 ⇒CA14</p>
<p><b>CA2.</b> Verifique BD3: ¿Está todavía el niño/a siendo amamantado?</p>	<p>SÍ O EN BLANCO, BD3=1 O EN BLANCO..... 1                  NO O NS, BD3=2 U 8..... 2</p>	<p>1 ⇒CA3A                  2 ⇒CA3B</p>
<p><b>CA3A.</b> Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (<i>nombre</i>) mientras estuvo con diarrea. Esto incluye leche materna, <b>Solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO)</b> y otros líquidos administrados con medicamentos.</p> <p>Durante el tiempo en que (<i>nombre</i>) tuvo diarrea, ¿se le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual?</p> <p><i>Si bebió “menos”, indague:</i>                  ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos?</p> <p><b>CA3B.</b> Me gustaría saber cuánto se le dio de beber a (<i>nombre</i>) mientras estuvo con diarrea. Esto incluye <b>Solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO)</b> y otros líquidos administrados con medicamentos.</p> <p>Durante el tiempo en que (<i>nombre</i>) tuvo diarrea, ¿se le dio menos de lo habitual, casi lo mismo, o más de lo habitual?</p> <p><i>Si bebió “menos”, indague:</i>                  ¿Le dio mucho menos de lo habitual o un poco menos?</p>	<p>MUCHO MENOS ..... 1                  UN POCO MENOS..... 2                  CASI LO MISMO ..... 3                  MÁS..... 4                  NO SE LE DIO NADA PARA TOMAR ..... 5</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
<p><b>CA4.</b> Durante el tiempo que (<i>nombre</i>) estuvo con diarrea, ¿se le dio de comer menos de lo habitual, casi lo mismo, más de lo habitual o no le dio nada?</p> <p><i>Si responde “menos”, indague:</i>                  ¿Se le dio de comer mucho menos de lo habitual o un poco menos?</p>	<p>MUCHO MENOS ..... 1                  UN POCO MENOS..... 2                  CASI LO MISMO ..... 3                  MÁS..... 4                  SUSPENDIÓ LA COMIDA..... 5                  NO SE LE DIO DE COMER ..... 7</p> <p>NO SABE ..... 8</p>	
<p><b>CA5.</b> ¿Buscó usted consejo o tratamiento para la diarrea de alguna fuente?</p>	<p>SÍ ..... 1                  NO ..... 2                  NS..... 8</p>	<p>2 ⇒CA7                  8 ⇒CA7</p>

<p><b>CA6. ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?</b></p> <p><i>Indague: ¿Algún otro lugar?</i></p> <p><i>Registre todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de proveedor.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'X' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL DEL GOBIERNO ..... A</p> <p>CENTRO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... B</p> <p>PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... C</p> <p>PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA... D</p> <p>CLÍNICA MÓVIL..... E</p> <p>OTRO MÉDICO PÚBLICO</p> <p>(especifique) _____ H</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I</p> <p>MÉDICO PRIVADO..... J</p> <p>FARMACIA PRIVADA ..... K</p> <p>PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA (NO GUBERNAMENTAL)..... L</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... M</p> <p>OTRO MÉDICO PRIVADO</p> <p>(especifique) _____ O</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>FAMILIAR / AMIGO ..... P</p> <p>TIENDA / MERCADO / CALLE ..... Q</p> <p>PROFESIONAL TRADICIONAL..... R</p> <p>OTRO (especifique) _____ X</p>	
<p><b>CA7. Durante el episodio de diarrea, ¿se le dio de beber a (nombre):</b></p> <p>[A] Un líquido que viene en un paquete especial llamado <b>inserte el nombre local para la solución de SRO en paquete?</b></p> <p>[B] Algún fluido pre-empacado de SRO llamado <b>inserte el nombre local para la solución de SRO pre-empacado?</b></p> <p>[C] ¿Pastillas o jarabe de zinc?</p> <p>[D] <b>¿Inserte el líquido casero recomendado por el gobierno?</b></p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>FLUIDO DE SRO EN PAQUETE.....1 2 8</p> <p>FLUIDO DE SRO PRE-EMPACADO...1 2 8</p> <p>PASTILLAS O JARABE DE ZINC .....1 2 8</p> <p><b>FLUIDO RECOMENDADO</b> .....1 2 8</p>	
<p><b>CA8. Verifique CA7[A] y CA7[B]: ¿Se le dio al niño/a SRO??</b></p>	<p>SÍ, SÍ EN CA7[A] O CA7[B]..... 1</p> <p>NO, 'NO' O 'NS' EN CA7[A] Y CA7[B].....2</p>	<p>2 ⇒ CA10</p>

<p><b>CA9.</b> ¿Dónde obtuvo usted la (SRO mencionada en CA7[A] y/o CA7[B])?</p> <p><i>Indague para identificar la fuente.</i></p> <p><i>Si 'Ya tenía en su casa', indague para saber si se conoce la fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'X' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b>  HOSPITAL DEL GOBIERNO ..... A  CENTRO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... B  PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... C  PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA... D  CLÍNICA MÓVIL..... E  OTRO MÉDICO PÚBLICO  (especifique) _____ H</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b>  CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I  MÉDICO PRIVADO..... J  FARMACIA PRIVADA ..... K  PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA (NO GUBERNAMENTAL)..... L  CLÍNICA MÓVIL ..... M  OTRO MÉDICO PRIVADO  (especifique) _____ O</p> <p><b>OTRA FUENTE</b>  FAMILIAR / AMIGO .....P  TIENDA / MERCADO / CALLE ..... Q  PROFESIONAL TRADICIONAL..... R</p> <p>OTRO (especifique) _____ X  NS / NO SE ACUERDA ..... Z</p>	
<p><b>CA10.</b> Verifique CA7[C]: ¿Se le dio zinc al niño/a?</p>	<p>SÍ, CA7[C]=1 ..... 1  NO, CA7[C] ≠1 ..... 2</p>	<p>2 ⇒ CA12</p>

<p><b>CA11.</b> ¿Dónde obtuvo el zinc?</p> <p><i>Indague para identificar la fuente.</i></p> <p><i>Si 'Ya tenía en su casa', indague para saber si se conoce la fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'X' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b>  HOSPITAL DEL GOBIERNO ..... A  CENTRO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... B  PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... C  PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA... D  CLÍNICA MÓVIL..... E  OTRO MÉDICO PÚBLICO  <i>(especifique)</i> _____ H</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b>  CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I  MÉDICO PRIVADO..... J  FARMACIA PRIVADA ..... K  PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA (NO GUBERNAMENTAL)..... L  CLÍNICA MÓVIL ..... M  OTRO MÉDICO PRIVADO  <i>(especifique)</i> _____ O</p> <p><b>OTRA FUENTE</b>  FAMILIAR / AMIGO ..... P  TIENDA / MERCADO / CALLE ..... Q  PROFESIONAL TRADICIONAL..... R</p> <p>OTRO <i>(especifique)</i> _____ X  NS / NO SE ACUERDA ..... Z</p>	
<p><b>CA12.</b> ¿Se le dio otra cosa para tratar la diarrea?</p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA14  8 ⇒ CA14</p>
<p><b>CA13.</b> ¿Qué (otra) cosa se le dio para tratar la diarrea?</p> <p><i>Indague:</i>  ¿Algo más?</p> <p><i>Marque todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre de la marca)</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre de la marca)</i></p>	<p><b>PASTILLA O JARABE</b>  ANTIBIÓTICO ..... A  ANTIESPASMÓDICO (ANTI-DIARREA) ... B  OTRA PASTILLA O JARABE ..... G  NO SABE TIPO DE PASTILLA O JARABE H</p> <p><b>INYECCIÓN</b>  ANTIBIÓTICA ..... L  NO ANTIBIÓTICA..... M  NO SABE TIPO DE INYECCIÓN ..... N</p> <p>INTRAVENOSA (IV)..... O</p> <p>REMEDIO CASERO / MEDICINA A BASE DE HIERBAS ..... Q</p> <p>OTRO <i>(especifique)</i> _____ X</p>	
<p><b>CA14.</b> En las dos últimas semanas, ¿ha estado (<i>nombre</i>) enfermo con fiebre en algún momento?</p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA16  8 ⇒ CA16</p>

<b>CA15.</b> ¿En algún momento durante la enfermedad, se tomó a ( <i>nombre</i> ) una muestra de sangre del dedo o talón para la prueba?	SÍ ..... 1 NO ..... 2  NS..... 8	
<b>CA16.</b> En algún momento durante las dos últimas semanas, ¿ha tenido ( <i>nombre</i> ) alguna enfermedad con tos?	SÍ ..... 1 NO ..... 2  NS..... 8	
<b>CA17.</b> En algún momento durante las dos últimas semanas, ¿respiraba ( <i>nombre</i> ) más rápido de lo habitual, con respiros cortos y rápidos, o tenía dificultad para respirar?	SÍ ..... 1 NO ..... 2  NS..... 8	2 ⇨ CA19  8 ⇨ CA19
<b>CA18.</b> ¿La respiración rápida o difícil 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  OTRO ( <i>especifique</i> ) ..... 6 NS..... 8	1 ⇨ CA20 2 ⇨ CA20 3 ⇨ CA20  6 ⇨ CA20 8 ⇨ CA20
<b>CA19.</b> Verifique CA14: ¿Tuvo fiebre el niño/a?	SÍ, CA14=1 ..... 1 NO O NS, CA14=2 U 8..... 2	2 ⇨ CA30
<b>CA20.</b> ¿Buscó consejo o tratamiento para la enfermedad de algún proveedor?	SÍ ..... 1 NO ..... 2  NS..... 8	2 ⇨ CA22  8 ⇨ CA22

<p><b>CA21.</b> ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?</p> <p><i>Indague: ¿Algún otro lugar?</i></p> <p><i>Registre todas las fuentes mencionadas, pero <u>no</u> proporcione ninguna sugerencia.</i></p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de proveedor.</i></p> <p><i><u>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'X' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</u></i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b>  HOSPITAL DEL GOBIERNO ..... A  CENTRO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... B  PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... C  PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA... D  CLÍNICA MÓVIL..... E  OTRO MÉDICO PÚBLICO  <i>(especifique)</i> _____ H</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b>  CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I  MÉDICO PRIVADO ..... J  FARMACIA PRIVADA ..... K  PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA (NO GUBERNAMENTAL) ..... L  CLÍNICA MÓVIL ..... M  OTRO MÉDICO PRIVADO  <i>(especifique)</i> _____ O</p> <p><b>OTRA FUENTE</b>  FAMILIAR / AMIGO ..... P  TIENDA / MERCADO / CALLE ..... Q  PROFESIONAL TRADICIONAL ..... R</p> <p>OTRO <i>(especifique)</i> _____ X</p>	
<p><b>CA22.</b> En algún momento durante la enfermedad, ¿se le dio a (<b>nombre</b>) algún medicamento para tratar esta enfermedad?</p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA30  8 ⇒ CA30</p>



<p><b>CA23.</b> ¿Qué medicamento se le dio a (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Algún otro medicamento?</p> <p><i>Registre todos los medicamentos que se le administraron. Registre la marca de todos los medicamentos que se mencionen.</i></p> <p><i>Si no puede determinar el tipo de medicina, escriba la marca y temporalmente registre 'X' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre de la marca)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre de la marca)</p>	<p><b>ANTIMALÁRICOS</b></p> <p>TERAPIA DE COMBINACIÓN</p> <p>ARTEMISININA .....A</p> <p>SP / FANSIDAR.....B</p> <p>CLOROQUINA.....C</p> <p>AMODIAQUINA.....D</p> <p>PASTILLAS DE QUININA.....E</p> <p>  INJECTION/IV .....F</p> <p>ARTESUNADO</p> <p>  RECTAL .....G</p> <p>  INYECCIÓN/IV .....H</p> <p>OTRO ANTIMALÁRICO</p> <p>  (<i>especifique</i>) .....K</p> <p><b>ANTIBIÓTICOS</b></p> <p>AMOXICILLINA.....L</p> <p>COTRIMOXAZOL .....M</p> <p>OTRO ANTIBIÓTICO EN PASTILLA O</p> <p>JARABE .....N</p> <p>OTRO ANTIBIÓTICO EN INYECCIÓN .....O</p> <p><b>OTROS MEDICAMENTOS</b></p> <p>PARACETAMOL/PANADOL/</p> <p>  ACETAMINOFÉN .....R</p> <p>ASPIRINA.....S</p> <p>IBUPROFENO .....T</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) .....X</p> <p>NS.....Z</p>	
<p><b>CA24.</b> Verifique CA23: ¿Antibióticos mencionados?</p>	<p>SÍ, ANTIBIÓTICOS MENCIONADOS, CA23=L-O.....1</p> <p>NO, ANTIBIÓTICOS NO MENCIONADOS ....2</p>	<p>2 ⇒CA26</p>

<p><b>CA25.</b> ¿Dónde obtuvo el (<i>nombre del medicamento en CA23, códigos L-O</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si 'Ya tenía en su casa', indague para saber si se conoce la fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si se trata de público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'X' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL DEL GOBIERNO ..... A</p> <p>CENTRO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... B</p> <p>PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... C</p> <p>PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA... D</p> <p>CLÍNICA MÓVIL..... E</p> <p>OTRO MÉDICO PÚBLICO</p> <p>(especifique) _____ H</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I</p> <p>MÉDICO PRIVADO..... J</p> <p>FARMACIA PRIVADA ..... K</p> <p>PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA (NO GUBERNAMENTAL)..... L</p> <p>CLÍNICA MÓVIL ..... M</p> <p>OTRO MÉDICO PRIVADO</p> <p>(especifique) _____ O</p> <p><b>OTRA FUENTE</b></p> <p>FAMILIAR / AMIGO ..... P</p> <p>TIENDA / MERCADO / CALLE ..... Q</p> <p>PROFESIONAL TRADICIONAL..... R</p> <p>OTRO (especifique) _____ X</p> <p>NS / NO SE ACUERDA ..... Z</p>	
<p><b>CA26.</b> Verifique CA23: ¿Se mencionó antimalárico?</p>	<p><b>SÍ, SE MENCIONÓ ANTIMALÁRICO,</b></p> <p>CA23=A-K ..... 1</p> <p><b>NO, NO SE MENCIONÓ ANTIMALÁRICO....2</b></p>	<p>2 ⇒ CA30</p>

<p><b>CA27.</b> ¿Dónde obtuvo el (<i>nombre del medicamento en CA23, códigos A-K</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si 'Ya tenía en su casa', indague para saber si se conoce la fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si se trata de público o privado, escriba el nombre del lugar y luego registre temporalmente 'X' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>SECTOR MÉDICO PÚBLICO</b>  HOSPITAL DEL GOBIERNO ..... A  CENTRO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... B  PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO ..... C  PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA... D  CLÍNICA MÓVIL..... E  OTRO MÉDICO PÚBLICO  (especifique) _____ H</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b>  CLÍNICA/ HOSPITAL PRIVADO ..... I  MÉDICO PRIVADO..... J  FARMACIA PRIVADA ..... K  PROFESIONAL SALUD COMUNITARIA (NO GUBERNAMENTAL)..... L  CLÍNICA MÓVIL ..... M  OTRO MÉDICO PRIVADO  (especifique) _____ O</p> <p><b>OTRA FUENTE</b>  FAMILIAR / AMIGO ..... P  TIENDA / MERCADO / CALLE ..... Q  PROFESIONAL TRADICIONAL..... R</p> <p>OTRO (especifique) _____ X  NS / NO SE ACUERDA ..... Z</p>	
<p><b>CA28.</b> Verifique CA23: ¿Más de un antimalárico registrado con códigos A a K?</p>	<p><b>SÍ, SE MENCIONÓ MÚLTIPLES</b>  ANTIMALÁRICOS ..... 1  <b>NO, SOLO SE MENCIONÓ UN</b>  ANTIMALÁRICO ..... 2</p>	<p>1 ⇒CA29A  2 ⇒CA29B</p>
<p><b>CA29A.</b> Desde que se inició la fiebre, ¿cuánto tiempo transcurrió hasta que (<i>nombre</i>) tomó la primera (<i>nombre todos los antimalárico circulados en CA23, códigos A a K</i>)?</p> <p><b>CA29B.</b> Desde que se inició la fiebre, ¿cuánto tiempo transcurrió hasta que (<i>nombre</i>) tomó la primera (<i>nombre del antimalárico de CA23, códigos A a K</i>)?</p>	<p>MISMO DÍA ..... 0  DÍA SIGUIENTE..... 1  2 DÍAS DESPUÉS DE QUE EMPEZARA LA FIEBRE ..... 2  3 O MÁS DÍAS DESPUÉS DE QUE EMPEZARA LA FIEBRE..... 3  NS..... 8</p>	
<p><b>CA30.</b> Verifique UB2: ¿Edad del niño/a?</p>	<p>EDAD 0, 1 Ó 2 ..... 1  EDAD 3 Ó 4 ..... 2</p>	<p>2 ⇒Fin</p>
<p><b>CA31.</b> La última vez que (<i>nombre</i>) hizo una deposición, ¿cómo se eliminó la deposición?</p>	<p>EL NIÑO/A 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</p> <p>OTRO (especifique) _____ 96  NS..... 98</p>	

<b>UF11.</b> Registre la hora.	HORAS Y MINUTOS.....__ __ : __ __	
<b>UF12.</b> Idioma del cuestionario.	ESPAÑOL ..... 1 IDIOMA 2 ..... 2 IDIOMA 3 ..... 3	
<b>UF13.</b> Idioma de la entrevista.	ESPAÑOL ..... 1 IDIOMA 2 ..... 2 IDIOMA 3 ..... 3  OTRO IDIOMA (especifique) ..... 6	
<b>UF14.</b> Lengua materna de la entrevistada.	ESPAÑOL ..... 1 IDIOMA 2 ..... 2 IDIOMA 3 ..... 3  OTRO IDIOMA (especifique) ..... 6	
<b>UF15.</b> ¿Se utilizó un traductor en alguna parte de este cuestionario?	SÍ, TODO EL CUESTIONARIO ..... 1 SÍ, PARTE DEL CUESTIONARIO ..... 2 NO, NO SE UTILIZÓ ..... 3	
<p><b>UF16.</b> Explique al entrevistado que usted necesitará medir el peso y la altura del niño/a antes de que usted salga del hogar y que un colega se unirá para encargarse de la medición. Emita el FORMULARIO DEL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA para este niño/a y complete el Panel de Información en ese formulario.</p> <p>Verifique las columnas HL10 Y HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DEL HOGAR ¿La persona entrevistada es la madre o la cuidadora de <u>algún otro</u> niño/a de 0 a 4 años que viva en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN MENORES DE CINCO AÑOS y registre '01'. Después vaya a siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique HL6 y columna HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿La persona entrevistada es la madre o cuidadora de un niño/a de 5 a 17 años seleccionado para el Cuestionario de Niños/as de 5 a 17 años en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS y registre '01'. Vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS de 5 a 17 AÑOS que debe responder la misma persona entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Vaya a UF17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS y registre '01'. Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación. Verifique si no hay algún otro cuestionario que deba realizarse en este hogar.</p>		

**OBSERVACIONES ENTREVISTADORA**

**OBSERVACIONES SUPERVISOR/A**

PANEL DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA		AN
AN1. Número de conglomerado: _____	AN2. Número de hogar: _____	
AN3. Nombre y número de línea del niño/a: NOMBRE _____	AN4. Edad del niño/a de UB2: EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS) .....	
AN5. Nombre y número de línea de la madre/ cuidadora: NOMBRE _____	AN6. Nombre y número de la entrevistadora: NOMBRE _____	

ANTROPOMETRÍA		
AN7. Nombre y número del medidor: NOMBRE _____		
AN8. Registre el resultado de la medición de peso según lo lea el medidor en voz alta:  <i>Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.</i>	KILOGRAMOS (KG)..... _____ . _____  NIÑO/A NO PRESENTE ..... 99.3 NIÑO/A SE NIEGA ..... 99.4 ENTREVISTADO SE NIEGA ..... 99.5  OTRO (especifique) _____ 99.6	99.3 ⇨ AN13 99.4 ⇨ AN10 99.5 ⇨ AN10  99.6 ⇨ AN10
AN9. ¿Se desvistió al niño/a hasta el mínimo?	SÍ ..... 1 NO, NO SE PUDO DESVESTIR AL NIÑO/A A LO MÍNIMO ..... 2	
AN10. Verifique AN4: ¿Edad del niño/a?	EDAD 0 Ó 1 ..... 1 EDAD 2, 3 Ó 4 ..... 2	1 ⇨ AN11A 2 ⇨ AN11B
AN11A. El niño/a tiene menos de 2 años de edad y deberá estar recostado para tomarle las medidas. Registre el resultado de la medición de la talla tal como fue leída por el medidor:  <i>Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.</i>	TALLA / ALTURA (CM)..... _____ . _____  NIÑO/A SE NIEGA ..... 999.4 ENTREVISTADO SE NIEGA ..... 999.5  OTRO (especifique) _____ 999.6	999.4 ⇨ AN13 999.5 ⇨ AN13  999.6 ⇨ AN13
AN11B. El niño/a tiene al menos 2 años de edad y deberá estar de pie para tomarle las medidas. Registre el resultado de la medición de la altura tal como fue leída por el medidor:  <i>Léale el registro al medidor y asegúrese también de que él/ella verifique su registro.</i>		
AN12. ¿Cómo se midió realmente al niño/a? ¿Recostado o de pie?	RECOSTADO ..... 1 DE PIE ..... 2	
AN13. Fecha del día de hoy: Día / Mes / Año: _____ / _____ / <u>201</u> _____		
AN14. ¿Hay otro niño/a menor de 5 años en el hogar que todavía no haya sido medido?	SÍ ..... 1 NO ..... 2	1 ⇨ Siguiete niño/a
AN15. Agradezca al entrevistado su cooperación e informe a su supervisor de que el medidor y usted han completado todas las mediciones en este hogar.		

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA PARA EL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA**

**OBSERVACIONES DEL MEDIDOR/A PARA EL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA**

**OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A PARA EL MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA**