



Encuesta de Evaluación BJA / PMDC / APL 3 2012 Cuestionario de los Niños(as)



FOLIO:

--	--	--	--	--	--	--	--

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

CÓD. MUNICIPIO

--	--	--	--	--

UPM

--	--	--	--

Nº LOCALIDAD
(COMUNIDAD/SINDICATO/HACIENDA)

--	--

NÚMERO DE HOGAR DEL LISTADO
DE HOGARES

--	--	--	--

NÚMERO DE HOGAR
SELECCIONADO (1 A 20)

--	--

DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA

NOMBRE DE LA LOCALIDAD (COMUNIDAD/SINDICATO/HACIENDA) _____

CALLE, AV./ Nº PUERTA/ Nº DPTO _____

TELÉFONO/CELULAR _____

OTRA REFERENCIA _____

IDIOMA DE LA ENTREVISTA

1. CASTELLANO
2. QUECHUA
3. AYMARA

Código

--

CODIGOS DEL PERSONAL DE CAMPO

Código

SUPERVISOR/A: _____

--	--

PERSONAL DE SALUD: _____

--	--

DIGITADOR/A: _____

--	--

Código

ENCUESTADOR/A 1: _____

--	--

ENCUESTADOR/A 2: _____

--	--

RE-VISITA: _____

--	--

OBSERVACIONES:

3

Cuestionario de los niños(as)



**Encuesta de Evaluación
BJA / PMDC / APL 3
2012**

SECCION 18: ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

CÓDIGO DE ID. DEL NIÑO	18.5 En algún momento de las últimas 2 semanas , ¿(NOMBRE) ...			18.6 ¿Cuáles han sido las principales dolencias de (NOMBRE)?			18.7 En las últimas 2 semanas , ¿(NOMBRE) tuvo diarrea?			18.8 ¿Cuáles fueron las principales dolencias o síntomas de la diarrea?			18.9 ¿Cuántos días duró la diarrea?			18.10 Durante la diarrea de (NOMBRE), ¿le dieron de comer ...			18.11 Durante la diarrea de (NOMBRE), ¿le dieron de beber ...			18.12 ¿Qué le dio de beber a (NOMBRE) durante la diarrea?			18.13 ¿Buscó atención de salud para (NOMBRE)?			18.14 ¿Dónde buscó atención para (NOMBRE)?			18.15 ¿Durante la diarrea le dio a (NOMBRE) Zinc en tabletas dispersables o jarabe?			18.16 ¿Durante cuántos días tomó Zinc?		
	Código	Cód. 1	Cód. 2	Código	Cód. 1	Cód. 2	Cód. 3	Días	Código	Código	Código	Cód. 1	Cód. 2	Cód. 3	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Días							

ANOTE LAS DOS MAS IMPORTANTES

SI NO SABE ANOTE 98

NO INCLUIR LECHE MATERNA NI DE FÓRMULA

INCLUIR LECHE MATERNA

MOSTRAR EN LA FOTO LAS TABLETAS O JARABE DE ZINC

1. se ha sentido enfermo?
2. ha tenido algún accidente, quemadura o corte?
3. estuvo sano?
P.18.7

1. SI
2. NO
P.19.1

1. menos cantidad de lo usual?
2. la misma cantidad?
3. más cantidad de lo usual?
4. nada de beber?
98. NO SABE
P.18.13

1. SI
2. NO
P.19.1

1. SI
2. NO
P.19.1

1. FIEBRE
2. TOS
3. DIARREA
4. VOMITOS
5. DOLOR ABDOMINAL
6. IRRITACIÓN DE LA PIEL
7. INFECCIÓN OJOS/OIDOS
8. DOLOR DE CABEZA
9. FRACTURA, LUCSACIÓN, ESGUINCE
10. QUEMADURAS/CORTES
11. OTRO

1. OJOS HUNDIDOS
2. MUCHA SED
3. FIEBRE
4. SANGRE EN LAS HECES
5. VOMITO
6. DOLOR ABDOMINAL
7. DEBILIDAD
8. SIN GANAS DE COMER O BEBER
9. IRRITABILIDAD/LLORA MUCHO
10. OTRA

1. SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL / SUERO DE LA VIDA
2. LECHE DE PECHO
3. OTRA LECHE
4. AGUA DE ARROZ
5. AGUA DE MAICENA
6. AGUA SOLA
7. SOPAS, CALDOS
8. MATES, TÉS
9. OTRO LÍQUIDO

1. HOSPITAL
2. CLÍNICA PRIVADA
3. CENTRO / PUESTO DE SALUD
4. POLICLINICO/ POLICONSULTORIO / CONSULTORIO DE LAS CAJAS
5. CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR
6. SU DOMICILIO
7. OTRO DOMICILIO
8. OTRO LUGAR

ENCUESTADOR/A:

Verifique en la pestaña la pregunta P.18.2:

1. Si el niño/a es **MENOR A 12 MESES** continúe con la sección 21.
2. Si el niño/a es de **12 MESES Y MÁS** pase al siguiente niño/a.

SECCION 21: HISTORIA DE VISITAS AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 12 MESES)

FOLIO:

--	--	--	--	--	--

CÓDIGO ID NIÑO:

--	--

NOMBRE NIÑO(A):

--

Ahora quisiera registrar **todas las visitas a los establecimientos de salud** que realizó su niño(a) en los **últimos 12 meses**. Por favor mencionar solo las visitas médicas ambulatorias; esto significa aquellas visitas en las que el niño o niña no se tuvo que quedar a dormir en el establecimiento de salud. (**ENCUESTADOR: CUIDE DE UTILIZAR UNA HOJA POR NIÑO**)

ORDEN DE VISITA	21.1 Desde su nacimiento a la fecha, ¿puede decirme en qué mes y año (<i>NOMBRE</i>) recibió atención en un establecimiento de salud ? ¿Y cuál fue la principal razón por la que buscó atención en cada ocasión?			21.2 En la visita de (<i>MES</i>)(<i>AÑO</i>), ¿dónde recibió (<i>NOMBRE</i>) atención de salud?			21.3 ¿Cuál fue el medio de transporte principal que utilizó para dirigirse a este lugar?			21.4 ¿Cuánto tiempo tardó en llegar desde su casa a este lugar?		21.5 ¿Quién atendió a (<i>NOMBRE</i>) en este lugar?		21.6 ¿Pesaron y tallaron a (<i>NOMBRE</i>) en esta visita?		21.7 ¿Recuerda qué le dijeron sobre su peso y talla?		21.8 Si se detectó BAJO PESO y/o BAJA TALLA a (<i>NOMBRE</i>), ¿Le dieron...			
	Mes	Año	Código	Código	Código	Horas	Minutos	Cód. 1	Cód. 2	Código	Código	Cód. 1	Cód. 2	Cód. 3	Cód. 4	Zinc?	Vitamina A?	Recomendaciones sobre alimentación?	Transferencia a otro Establecimiento de Salud o UNIT?		
A																					
B																					
C																					
D																					
E																					
F																					
G																					
H																					
I																					
J																					
K																					
L																					
M																					
N																					
O																					

LISTE TODAS LAS FECHAS, COMENZANDO POR LA MÁS ANTIGUA

1. ENFERMEDAD
2. ACCIDENTE
3. CONTROL REGULAR DE SALUD, CONTROL BJA Y/O VACUNAS
4. REVISITA
5. TRANSFERENCIA
6. OTRO

1. HOSPITAL PÚBLICO
2. CLÍNICA PRIVADA
3. CENTRO / PUESTO DE SALUD
4. POLICLINICO/CONSULTORIO/CONSULTORIO DEL SEGURO DE SALUD
5. CONSULTORIO MÉDICO / MÉDICO PARTICULAR
6. UNIDADES DE NUTRICIÓN INTEGRAL

1. A PIE
2. MINIBUS
3. CAMION
4. MOTO
5. TAXI/AUTO
6. BICICLETA
7. ANIMAL
8. LANCHA/BOTE

1. MÉDICO
2. ENFERMERA
3. AUXILIAR ENFERMERIA
4. RESPONSABLE POPULAR DE SALUD (RPS) / AGENTE COMUNITARIO DE SALUD (ACS)
5. OTRO

1. SI
2. NO
98. NO SABE

PASE A LA SIGUIENTE VISITA

1. BAJO PESO PARA LA EDAD
2. BAJA TALLA PARA LA EDAD
3. BAJO PESO PARA LA TALLA
4. NIÑO SANO
5. SOBREPESO

PASE A LA SIGUIENTE VISITA

6. NO LE DIJERON NADA
98. NO SABE

LEER CADA OPCIÓN

1. SI
2. NO

SECCION 21: HISTORIA DE VISITAS AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 12 MESES)

FOLIO:

CÓDIGO ID NIÑO:

NOMBRE NIÑO(A):

Ahora quisiera registrar **todas las visitas a los establecimientos de salud** que realizó su niño(a) en los **últimos 12 meses**. Por favor mencionar solo las visitas médicas ambulatorias; esto significa aquellas visitas en las que el niño o niña no se tuvo que quedar a dormir en el establecimiento de salud. (**ENCUESTADOR: CUIDE DE UTILIZAR UNA HOJA POR NIÑO**)

ORDEN DE VISITA	21.1 Desde su nacimiento a la fecha, ¿puede decirme en qué mes y año (NOMBRE) recibió atención en un establecimiento de salud? ¿Y cuál fue la principal razón por la que buscó atención en cada ocasión?			21.2 En la visita de (MES)(AÑO), ¿dónde recibió (NOMBRE) atención de salud?			21.3 ¿Cuál fue el medio de transporte principal que utilizó para dirigirse a este lugar?			21.4 ¿Cuánto tiempo tardó en llegar desde su casa a este lugar?		21.5 ¿Quién atendió a (NOMBRE) en este lugar?		21.6 ¿Pesaron y tallaron a (NOMBRE) en esta visita?		21.7 ¿Recuerda qué le dijeron sobre su peso y talla?		21.8 Si se detectó BAJO PESO y/o BAJA TALLA a (NOMBRE), ¿Le dieron...			
	Mes	Año	Código	Código	Código	Horas	Minutos	Cód. 1	Cód. 2	Código	Código	Cód. 1	Cód. 2	Cód. 3	Cód. 4	Zinc?	Vitamina A?	Recomendaciones sobre alimentación?	Transferencia a otro Establecimiento de Salud o UNIT?		
A																					
B																					
C																					
D																					
E																					
F																					
G																					
H																					
I																					
J																					
K																					
L																					
M																					
N																					
O																					

LISTE TODAS LAS FECHAS, COMENZANDO POR LA MÁS ANTIGUA

1. ENFERMEDAD
2. ACCIDENTE
3. CONTROL REGULAR DE SALUD, CONTROL BJA Y/O VACUNAS
4. REVISITA
5. TRANSFERENCIA
6. OTRO

1. HOSPITAL PÚBLICO
2. CLÍNICA PRIVADA
3. CENTRO / PUESTO DE SALUD
4. POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSULTORIO DEL SEGURO DE SALUD
5. CONSULTORIO MÉDICO / MÉDICO PARTICULAR
6. UNIDADES DE NUTRICIÓN INTEGRAL

1. A PIE
2. MINIBUS
3. CAMION
4. MOTO
5. TAXI/AUTO
6. BICICLETA
7. ANIMAL
8. LANCHA/BOTE

1. MÉDICO
2. ENFERMERA
3. AUXILIAR ENFERMERIA
4. RESPONSABLE POPULAR DE SALUD (RPS) / AGENTE COMUNITARIO DE SALUD (ACS)
5. OTRO

1. SI
2. NO
98. NO SABE

PASE A LA SIGUIENTE VISITA

1. BAJO PESO PARA LA EDAD
2. BAJA TALLA PARA LA EDAD
3. BAJO PESO PARA LA TALLA
4. NIÑO SANO
5. SOBREPESO

PASE A LA SIGUIENTE VISITA

6. NO LE DIJERON NADA
98. NO SABE

LEER CADA OPCIÓN

1. SI
2. NO