

Encuesta de Evaluación BJA / PMDC / APL 3 2012 Cuestionario de la Mujer



FOLIO:	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA	DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA
CÓD. MUNICIPIO	NOMBRE DE LA LOCALIDAD (COMUNIDAD/SINDICATO/HACIENDA)
UPM	CALLE, AV./ Nº PUERTA/ Nº DPTO
N° LOCALIDAD (COMUNIDAD/SINDICATO/HACIENDA)	OTRA REFERENCIA
NÚMERO DE HOGAR DEL LISTADO DE HOGARES	IDIOMA DE LA ENTREVISTA
NÚMERO DE HOGAR SELECCIONADO (1 A 20)	1. CASTELLANO Código 2. QUECHUA 3. AYMARA
CODIGOS DEL PERSONAL DE CAMPO CO	ódigo
SUPERVISOR/A:	ENCUESTADOR/A 1:
PERSONAL DE SALUD:	ENCUESTADOR/A 2:
DIGITADOR/A:	RE-VISITA:
OBSERVACIONES:	

SECCION 10: REPRODUCCIÓN (MUJERES DE 14 A 49 AÑOS)

Me gustaría empezar preguntándole acerca de todos los embarazos e hijos que usted ha tenido en su vida. 10.2 10.0 10.1 10.4 10.5 10.6 10.7 ¿Tiene usted Carnet de Identidad o RUN? ¿Estuvo alguna vez ¿Usted está ¿Cuántas veces ha De estos embarazos, ¿Cuántos hijos e ¿Cuántos embarazos tuvo embarazada? actualmente estado embarazada ¿cuántos han hijas ha dado a luz, en los <u>ú**ltimos 5 años**</u>, es embarazada? decir, desde ENERO durante toda su terminado en es decir, que hayan vida? pérdida/fracaso o nacido vivos, **2007**? IDENTIFICACIÓN nacido muerto? incluyendo los que han fallecidos posteriormente? SI LA RESPUESTA ES "0" PASE A P.17.0 SI ESTA **COPIE EL CÓDIGO DE** SI LA RESPUESTA ES "SÍ" PIDA VER EL CARNÉT DE IDENTIDAD Y COPIE EL NÚMERO **ACTUALMENTE** IDENTIFICACIÓN Y EL NOMBRE DE TODAS LAS **EMBARAZADA** INCLUIR EL MUJERES DE 14 A 49 AÑOS **EMBARAZO DE LA PESTAÑA DEL CUESTIONARIO DE HOGAR** DE CÓDIGO 1. SI TIENE, VISTO 1. SI 1. SI 2. SI TIENE, NO VISTO - 2. NO 2. NO 3. NO TIENE (NUNCA OBTUVO) → P.17.0 Nombre Cód. Número Código Código Número Número Número Número

SECCION 11: HISTORIA DE EMBARAZOS Y CUIDADOS PRENATALES PARTE A: HISTORIA DE EMBARAZOS

	Ahora le voy a consultar acerc	a de los d	cuidados prenatale	es en t	<u>odos sus</u>	<u>embarazos en los ú</u>	ltimos 5 años	<u>s.</u>	122 =	144.6	
CÓDIGO ID. DE LA MADRE	VERIFIQUE LA PREGUN P.10.7: SI LA RESPUESTA ES MAY 0, COPIE EL CÓDIGO ID D MADRE, SU NOMBRE Y NÚMERO DE EMBARAZOS LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	TA OR A ELA EL S EN		¿El res (antep ¿Y en c	ultado de si	in (último), (penúltimo), etc. embarazo fue ño fue? P.11.4 to?	2Cuántas semanas de embarazo tiene?	11.4 ¿Cuál es el nombre de este hijo o hija que ha nacido el (AÑO)?	11.5 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple (mellizos, trillizos,etc)?	11.6 ¿Es (NOMBRE) hombre o mujer? 1. HOMBRE 2. MUJER	i. VIVO 2. MUERTO P.11.10
	Nombre de la Madre	Número	Nº de embarazo	Cód.	Mes	Año	Semanas	Nombre	Código	Código	Código
	_										

Cuestionario de la Mujer





Encuesta de Evaluación BJA / PMDC / APL 3 2012

SECCION 11: HISTORIA DE EMBARAZOS Y CUIDADOS PRENATALES PARTE B: CUIDADOS PRENATALES

_		11.8	11.9	11.10	11.11	11.12		11.13		11.14		11.15		
		¿Está	11.9	Cuando	¿Consultó con	¿Por qué no consi	ıltó con nersonal	¿A quiénes cons	ıltó nara el	¿Dónde se re	ealizó la	11.15		
		(NOMBRE)		quedó		de salud para los		control o atenció		mayoría de				
		viviendo con		embarazada	control o	prenatales?	culuduos	este embarazo?	ii prenatai de	controles pre				
		usted?	ĺ	de este	atención	prenduies:		Cott Chibarazo:		este embara				
		usteu:		embarazo:	prenatal para					este embara	120:			
	₩		COPIE EL	embarazo.	este embarazo?	SI RESPONI		ST DESDO	NDE MÁS DE	ANC	OTE EN			
	MADRE		CÓDIGO		este embarazo:	DOS OPCION			PCIONES		GO 1 EL			
	;		ID DEL			POR LAS I			L PERSONAL	MÁS FR	RECUENTE	INDAGUE POR EL NOI		
	7		NIÑO/A			IMPORT	ANTES		ALUD			ESTABLECIMIENTO D		ACUDIO MAS VECES
			DE LA										(CÓDIGO 1)	
	Z		PESTAÑA			1. MUY COSTOS	Ο/ ΝΟ ΤΕΝΊΔ							
			DEL			RECURSOS	,							
	DE		CUESTIO			2. OCUPADA (TR								
			NARIO DE			3. ESPOSO/FAM	ILIA NO LO	4 1450700		1. HOSPIT				
	~ I		HOGAR			PERMITIÓ 4. NO NECESITÓ	YA CONOCÍA	 MÉDICO ENFERMERA 			A PRIVADA O / PUESTO			
	ID		HOGAR	1. ¿quería			ENTO MUY LEJOS	3. AUXILIAR DE	ENFERMERIA	DE SAL				
				quedar		6. CENTRO TIEN		4. PARTERA TR		4. POLICL				
	K I			embarazada		INFRAESTRU		5. MÉDICO TRA			ONSULTORIO /			
	ĭ			en ese		7. MALTRATO P	OR PARTE DEL	(CURANDER) 6. RESPONSAB	O/ NATURISTA)		LTORIO DE			
				momento? 2. ¿quería		PERSONAL 8. NO CONFIA E	N FL PERSONAL	SALUD (RPS)		LAS CA 5. CONSU	JAS ILTORIO			
- 1	CODIGO			esperar más		9. TARDANZA EI	n la atención		IO DE SALUD	MÉDICO				
	O II	4 67		tiempo?	P.11.13	10. NO ESTABA E		(ACS)		PARTIC				
		1. SI r 2. NO		3. ¿no quería tener (más)	L 1. SI	ESTABA CERF	RADO	7. ESPOSO / CO 8. FAMILIAR/ A		6. SU DON 7. OTRO L				
				hijos?	2. NO		12.1	9. OTRO	MIGA		.11.18			
		P.11.10		,		F 1-2				_	111.10		Г	
L		Código	Cód. ID	Código	Código	Cód. 1	Cód. 2	Cód. 1	Cód. 2	Cód. 1	Cód. 2	Nombre del Establecimiento	Localidad	Municipio
Ī														
F														
ŀ														
ŀ														
ŀ														
ŀ														

SECCION 11: HISTORIA DE EMBARAZOS Y CUIDADOS PRENATALES PARTE B: CUIDADOS PRENATALES

	11.16		11.17		11.18	11.19		11.20	11.21								11.22	11.23	11.24	11.25	11.26	11.27
	¿Cuál fue		Normali	mente.	¿Cuántas	¿Cuántos	;				contro	les, ¿le	realiza	ron ald	uno de	los		Durante este	¿Cuántas	Durante este	¿Cuántas	¿Tiene usted el
	principal n			•	semanas de	controles					ocedim						este	embarazo, ¿le	veces recibió	embarazo,	tabletas de	Carnet de Salud
	de transpo		le tomó	llegar a	embarazo	prenatale	es se	embarazo	_	-							embarazo,	colocaron la	la vacuna	¿ tomó tabletas	Hierro o Sulfato	de la Madre o el
	que utilizó		este lug	ar?	tenía cuando	hizo?		tenía cuando									¿le hicieron	vacuna	antitetánica	de Hierro o	Ferroso <u>tomó</u> ?	Carnet Perinatal
Щ	para dirigi				se hizo el			se hizo el									la prueba	antitetánica		Sulfato Ferroso?		de este
₹	este lugar	?			<u>primer</u> control			<u>último</u> control									del	(inyección en el	<u>este</u>			embarazo?
					prenatal?			prenatal?									VIH/SIDA?	brazo)?	<u>embarazo</u> ?			
MADRE																						
					CT NO																	SI TIENE
M					SI NO SABE EL			SI NO SABE EL											SI NO			PIDA A LA
					NÚMERO			NÚMERO		1	SÍ, EN	TODAS	ι Δς \/τς	ΙΤΔς					SABE			MADRE EL
DE					DE			DE			SÍ, EN								ANOTE 98			CARNET
					SEMANAS INDAGUE			SEMANAS INDAGUE		3.	NO, NU	INCA							30			
ID	1. A PIE 2. MINIE				EN MESES Y CALCULE			EN MESES Y CALCULE	A.	В.	C.	D.	E.	F.	G.	н.						
código	MICRO	o '			EN			EN		<u>ر.</u>	уu	de	ф			0						
	3. CAMIO 4. MOTO				SEMANAS	Si "NO S	CARE"	SEMANAS	۸.	¿Le midieron la talla?	¿Le tomaron la presión sanguínea?	¿Le hicieron examen de orina?	¿Le hicieron examen de sangre?	<u>a</u>	¿Le escucharon los latidos al bebé?	ou c			MÁXIMO			
	5. BICIC	LETA				anote 9			¿Le pesaron?	<u>a</u>	a pı ea?	, xaπ	xan ç	¿Le midieron la barriga?	aron Seb	recomendar derivaron a odontología?			3 DOSIS			1. SI TIENE, VISTO
1,0	6. ANIMA 7. LANCI					pregunt	-		esa	l oi	on Ju,	ron ex orina?	ng re	idie	rcha al	mer varc tolc					1. ¿Menos de 30?	2. SI TIENE, NO VISTO
	BOTE								e d	igi	mar	ier.	Sa	e m	escu	eco Jeri don	1. SI	1. SI		1. SI	2. ¿Entre 31 y 60?	
	8. AUTO 9. OTRO					1. ¿Enti 2. ¿4 o	re 1 y 3?		?	e =	6 5	hi	hi	15	le at	e r	2. NO 98. NO SABE	2. NO		[, 2. NO	 ¿Entre 61 y 90? ¿Más de 90? 	
	9. UTKO					2. 24 0	iiia5:			1?	ċĿ	żLе	żLе		,	?	90. NO SADE	P.11.25		P.11.27	4. 2Mas de 90?	DIERON)
	Código)	Horas	Minutos	Semanas	Número	Cód.	Semanas	Cód.	Cód.	Cód.	Cód.	Cód.	Cód.	Cód.	Cód.	Código	Código	Número	Código	Código	Código

SECCION 12: PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN EL BONO JUANA AZURDUY

Ahora le voy a consultar respecto a su participación en el Bono Juana Azurduy. 12.1 12.2 12.3 12.4 12.7 12.8 12.5 12.6 ¿Por qué no se inscribió? ¿En qué mes y año se Para este En este ¿Cuál ha sido su mayor dificultad para inscribirse Para el pago del ¿En algún ¿Por qué no se realizó estos controles? embarazo, inscribió en el Bono Juana embarazo, al Bono Juana Azurduy? Bono, ¿cuántos momento dejó de Azurduy? ¿usted se ¿ha tenido controles de salud hacerse los inscribió en el alguna se hizo desde su controles que le dificultad para Bono Juana inscripción? correspondían? MADRE Azurduy? inscribirse al Bono Juana 1. OCUPADA (TRABAJO/HIJOS) Azurduy? 2. ESTABA ENFERMA 3. EMBARAZO INTERRUMPIDO /ABORTO 4. TODAVÍA NO LE TOCABA 4 **PASE A P.13.0** 5. POR OLVIDO **ANOTE 98** 6. ESTABA DE VIAJE ABRIL 2009 DE 7. NO LE EXPLICARON QUE DEBÍA VOLVER 8. ESTABLECIMIENTO MUY LEJOS 9. FUE Y NO LA ATENDIERON **CÓDIGO ID.** 10. NO ESTABA EL PERSONAL O ESTABA MÁXIMO 4 CERRADO **CONTROLES** 11. MALTRATO POR PARTE DEL PERSONAL 12. NO LE PAGARON POR LOS CONTROLES ANTERIORES 13. RAZONES CULTURALES /IDIOMA 14. OTRO P.12.3 SI P.12.6 = 0 1. SI 1. SI **PASE A P.13.0** -1. SI ☐ 2. NO **–** 2. NO 2. NO P.12.6 P.12.9 Código Código Razones Mes Año Código Dificultad Número Código

SECCION 12: PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN EL BONO JUANA AZURDUY

CÓDIGO ID. DE LA MADRE	i2.9 ¿Cobró todos los controles de salud realizados? P.12.11	12.10 ¿Por qué no realizó <u>todos</u> los cobros?	¿usted h algún co Fuerzas	e embarazo, a cobrado ntrol con las Armadas? SI NO P.12.16 pregunte:	¿Usted ha tenido	¿Cuál ha sido la mayor dificultad para realizar el cobro con las Fuerzas Armadas?	¿Cuál fue el principal medio de transporte que utilizó para dirigirse a este lugar? 1. A PIE 2. MINIBUS / MICRO 3. CAMION 4. MOTO 5. BICICLETA 6. ANIMAL 7. LANCHA O BOTE	12.15 Normalmente, ¿ le tomó llegar a	cuánto tiempo este lugar?
	1. SI 2. NO			Cuántos?	P.12.14	FUERZAS ARMADAS	8. AUTO/TAXI 9. OTRO		
	Código	Razones	Cód.	Número	Código	Dificultad	Código	Horas	Minutos

SECCION 12: PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN EL BONO JUANA AZURDUY

MADRE	¿usted algún	ste embarazo, l ha cobrado control con a Institución	12.17 ¿En qué Institución Financiera realizó la <u>mayoría</u> de los cobros?	12.18 ¿Usted ha tenido alguna dificultad en el cobro de los controles con esta Institución Financiera?	12.19 ¿Cuál ha sido la mayor dificultad?	¿Cuál fue el principal medio	tomó lle	nente, tiempo le gar a	12.22 ¿Realizó los cobros	númei	a decirme el ro de Carnet de dad de esta	gastó el din	ero que os controles barazo?	12.25 ¿Tiene usted el Formulario de Inscripción y Control de Corresponsa- bilidades del BJA?
ID. DE LA	1. 2.	SI NO				1. A PIE 2. MINIBUS / MICRO 3. CAMION 4. MOTO			P.12.24 1. usted misma?	"S	SI LA SPUESTA ES Í" ANOTE EL NÚMERO	HOGAR 2. PAGO SE PARA EL	HOGAR (LUZ, ELÉFONO) EN SALUD EN IÓN	SI TIENE PIDA A LA MADRE EL FORMULARIO
CÓDIGO		P.12.22 " pregunte: Cuántos?		1. SI 2. NO P.12.20 INSTITUCION	ES FINANCIERAS	5. BICICLETA 6. ANIMAL 7. LANCHA O BOTE 8. AUTO/TAXI 9. OTRO			2. su pareja? 3. otro familiar? 4. otro no familiar? 5. NUNCA COBRÓ P.12.25		SI NO	8. JUGUETE ARTÍCUL ENTRETE 9. AHORRO 10. INVERSI NEGOCIO 11. PAGO DE 12. OTRO	OS DE ENIMIENTO ON EN UN	1. SI TIENE, VISTO 2. SI TIENE, NO VISTO 3. NO TIENE
	Cód.	Número	Nombre	Código	Dificultad	Código	Horas	Minutos	Código	Cód.	Número	Cód. 1	Cód. 2	Código

SECCION 13: PARTO Y PUERPERIO

	Ahora permíta	ame consulta	rle acerca de	l parto y los cu	idados postnatales.												
	13.0	13.1	13.2		13.3	13.4	13.5	13.6		13.7	13.8	13.9				.10	
1		. ,			¿Dónde se llevó a cabo el	¿Por qué no tuvo el parto en un	¿Cuál fue el		to tiempo	¿Usted	¿Pesaron a	¿Cuár	nto pes	ó?		ene usted	
		nació de	de (NOMBRE))?	parto?	establecimiento de salud?	principal medio		ó llegar a	considera	(NOMBRE) al				con	nprobante	e de peso al
		manera					de transporte que	este lu	gar?	que cuándo	momento de				nac	er o certif	ficado de
	VEDIETOLIE	natural o por					utilizó para		_	nació	nacer o en la				Nac	cido Vivo?	1
1111	VERIFIQUE	cesárea?					dirigirse a este			(NOMBRE)	primera semana						
	EN LA	ccou. cu.					lugar?			fue un bebé	·				.		
MADRE	PREGUNTA		ST RESP	ONDE MÁS		1. MUY COSTOSO/NO TENÍA	lagar.			grande,	uc viuu:						
	P.11.2:			OPCIONES		RECURSOS							EGISTI				
12				RICE EL		2. ESPOSO/FAMILIA NO LO				normal o			O EN I				
2				ONAL DE		PERMITIÓ				pequeño?		Y	GRAM	105		SI LA RE	SPUESTA
M	1. NACIDO			LUD		3. NO CONSIDERÓ NECESARIO /YA										ES PID	SI, Δ FI
	VIVO					CONOCÍA 4. TENÍA MIEDO IR AL EST.SALUD										OMPRO	BANTE DE
ш	CONTINÚE				P.13.5	5. NO HABIA TRANSPORTE										PES	0 0
DE	CONTINUE		1. MÉDICO		H	6, EST.SALUD MUY LEJOS							I NO S			CERTIFIC NACIDO	CADO DE
			2. ENFERMER	RA.	1. HOSPITAL	SIN TIEMPO SUFICIENTE PARA						AI	NOTE 9	9998		COPIE EL	
ID				DE ENFERMERIA	2. CLÍNICA PRIVADA	LLEGAR	1. A PIE								N	ACER EN	N KILOS Y MOS
	2. NACIDO		4. PARTERA 1		3. CENTRO / PUESTO DE	7. CENTRO TIENE MALA	2. MINIBUS /									GRA	MOS
0	MUERTO,		5. MÉDICO TI		SALUD	INFRAESTRUCTURA	MICRO										
Ŭ	PÉRDIDA O			RO/ NATURISTA) BLE POPULAR DE	4. POLICLINICO/	8. MALTRATO POR PARTE DEL	3. CAMION 4. MOTO				1. SI, AL NACER						
códig	EMBARAZO			PS) / AGENTE	POLICONSULTORIO / CONSULTORIO DE LAS	PERSONAL 9. NO CONFIA EN EL PERSONAL	5. BICICLETA				2. SI, PRIMERA						
	ACTUAL			ARIO DE SALUD	CAJAS CAJAS	10. TARDANZA EN LA ATENCIÓN	6. ANIMAL				SEMANA						
O.	PASE AL		(ACS)		5. CONSULTORIO MÉDICO	11. NO ESTABA EL PERSONAL O	7. LANCHA O				3. NO						
	SIGUIENTE		7. ESPOSO /		PARTICULAR	ESTABA CERRADO	BOTE				98. NO SABE						
	EMBARAZO	4 NATURAL	8. FAMILIAR/		6. SU DOMICILIO	12. RAZONES CULTURALES/IDIOMA	8. AUTO/ TAXI/			 GRANDE NORMAL 						1. SI TIEN	
		 NATURAL CESÁREA 	9. USTED MIS 10. OTRO	SMA / NADIE	7. OTRO DOMICILIO 8. OTRO LUGAR	13. OTRO P.13.7	AMBULANCIA 9. OTRO			3. PEQUEÑO	→ P.13.10					3. NO TIEN	E, NO VISTO
				1	•	,					F.13.10				丄		
	Código	Código	Cód. 1	Cód. 2	Código	Código	Código	Horas	Minutos	Código	Código	Kilos	Gr	amos	Có	d Kilos	Gramos
															Т		
															+		
		_															
															#		
															#		
															+		

SECCION 13: PARTO Y PUERPERIO

	12.11	112.12	143.43	113.14	143.45		112.16	112.17	113 10	112.10	13.20	112.21
	13.11 Dentro de las	13.12	13.13 ¿Quién le realizó ese	13.14 ¿En qué lugar se realizó ese control	13.15 ¿Por qué no se re	alizó un control	13.16 ¿Cuál fue el	13.17 Normalmente	13.18 Después de	13.19 Después del	Después del	13.21 ¿Cuánto tiempo
		después del	control postparto?	postparto?	· ·	establecimiento de	principal medio	¿Cuánto tiem		nacimiento	nacimiento de	después del
	horas del	nacimiento de	control postparto:	postpurto:	salud?	Stablecimiento de	de transporte	le tomó llegar		de	(NOMBRE),	nacimiento de
		(NOMBRE) usted			Salaa:		que utilizó para	este lugar?	(NOMBRE),	(NOMBRE),		(NOMBRE) recibió la
	(NOMBRE),	recibió su control					dirigirse a este	este lagar.	¿algún	¿algún	cápsula de	dosis de vitamina A?
DRE	•	postparto:			SI RESPOND	E MÁS DE DOS	lugar?			personal de	vitamina A?	dosis de vicamina / t.
	recibió control					OR LAS 2 MÁS	iagai i		salud le	salud le		
₽	de algún				IMPOF	RTANTES			informó	informó sobre		
Σ	personal de		1. MÉDICO 2. ENFERMERA						sobre los	el tiempo		
4	salud?		3. AUXILIAR DE						métodos	mínimo que		
			ENFERMERIA		1. MUY COSTOS				para evitar	debe esperar		
			4. PARTERA TRADICIONAL		2. DEMASIADO (un	para tener	MOSTRAR EN	
DE			5. MÉDICO		(TRABAJO/HI	ILIA NO LO PERMITIÓ			embarazo?	otro hijo?	LA FOTO LA VITAMINA A	
			TRADICIONAL	P.13.16	4. NO NECESITÓ						VITAMINA A	
ID			(CURANDERO/		5. DELICADA DE							
			NATURISTA) 6. RESPONSABLE	1. HOSPITAL	6. ESTABLECIMI SIN TRANSPO	ENTO MUY LEJOS /	1. A PIE 2. MINIBUS /					
10			POPULAR DE SALUD		7. EL CENTRO T		MICRO					
19			(RPS) / AGENTE	3. CENTRO / PUESTO DE SALUD	INFRAESTRUC		3. CAMION					 HORAS DESPUÉS
		 1. 1-7 días? 2. 8-15 días? 	COMUNITARIO DE	4. POLICLINICO/ POLICONSULTORIO			4. MOTO 5. BICICLETA					DEL PARTO 2. DÍAS DESPUÉS
cópigo			SALUD (ACS)	/ CONSULTORIO DE LAS CAJAS 5. CONSULTORIO MÉDICO	PERSONAL DE 9. NO CONFIA E		6. ANIMAL				1. SI	DEL PARTO
Ŭ		4. NO RECIBIÓ	7. ESPOSO /	PARTICULAR	10. SERVICIO NO		7. LANCHA O				2. NO	3. SEMANAS
	4 07	98. NO SABE	COMPAÑERO	6. SU DOMICILIO	CERRADO		BOTE			4 67	98. NO SABE	DESPUÉS DEL
	1. SI 2. NO	D 12 1E	8. FAMILIAR/ AMIGO 9. OTRO	7. OTRO DOMICILIO 8. OTRO LUGAR	11. OTRO	13.18	8. AUTO / TAXI 9. OTRO		1. SI 2. NO	1. SI 2. NO	D141	PARTO 98. NO SABE
		P.13.15	5. 01.10	0. 0		13.16	31 01110		2	21.110	→ P.14.1	301 110 07 IDE
	Código	Código	Código	Código	Cód. 1	Cód. 2	Código	Horas Minu	tos Código	Código	Código	Código

SECCION 14: PARTICIPACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN EL BONO JUANA AZURDUY

Ahora le voy a consultar respecto a la participación de su hijo/hija en el Bono Juana Azurduy. 14.1 14.3 14.5 14.8 14.9 14.2 14.7 14.4 14.6 ¿En qué mes y año ¿Ha tenido ¿Inscribió a ¿Por qué no inscribió a (NOMBRE)? ¿Qué edad ¿Cuál ha sido su mayor dificultad para inscribir Para el pago del ¿En algún ¿Por qué no le realizaron estos (NOMBRE) al inscribió a en meses alguna a (NOMBRE) al Bono Juana Azurduy? Bono, ¿cuántos momento dejó controles? Bono Juana (NOMBRE) al Bono tenía dificultad en la controles de salud de llevarle a los Azurduy? Juana Azurduy? (NOMBRE) inscripción de le hicieron a controles que le (NOMBRE) al (NOMBRE) desde correspondían? cuándo lo(a) MADRE inscribió al Bono Juana su inscripción? 1. OCUPADA (TRABAJO/HIJOS) Azurduy? Bono Juana 2. EL NIÑO/A ESTABA ENFERMO/A Azurduy? 3. TODAVÍA NO LE TOCABA 4. ESTABA DE VIAJE 5. NO LE EXPLICARON QUE DEBÍA 4 SI NO SABE ANOTE 98 **PASE A P.15.1** VOLVER DESDE ABRIL 2009 6. ESTABLECIMIENTO MUY LEJOS DE 7. FUE Y NO LE ATENDIERON 8. NO ESTABA EL PERSONAL O ESTABA CERRADO código id. MÁXIMO 12 CONTROLES 9. MALTRATO POR PARTE DEL PERSONAL 10. NO LE PAGARON POR LOS CONTROLES ANTERIORES 11. RAZONES CULTURALES /IDIOMA 12. OTRO 13. POR OLVIDO P.14.3 1. SI - 2. NO 1. SI SI P.14.7 = 0 PASE A 2. NO ∟_{1. SI} P.15.1 P.14.10 P.14.7 2. NO Código Código Razones Mes Año Meses Código Dificultad Número Código

SECCION 14: PARTICIPACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN EL BONO JUANA AZURDUY

CÓDIGO ID. DE LA MADRE	14.10 ¿Cobró todos los controles de salud realizados a (NOMBRE)? P.14.12 1. SI 2. NO	14.11 ¿Por qué no realizó todos los cobros?	contro (NOM) las Fu Armad	d ha do algún ol de dibre) con derzas das? SI NO	14.13 ¿Usted ha tenido alguna dificultad en el cobro de los controles de (NOMBRE) con las Fuerzas Armadas? 1. SI 2. NO P.14.15	14.14 ¿Cuál ha sido la mayor dificultad para realizar el cobro con las Fuerzas Armadas? FUERZAS ARMADAS	1. A PIE 2. MINIBUS / MICRO 3. CAMION 4. MOTO 5. BICICLETA 6. ANIMAL 7. LANCHA O BOTE 8. AUTO/TAXI 9. OTRO	14.16 Normalmen tiempo le to este lugar?	mó llegar a
	Código	Razones	Cód.	Número	Código	Dificultad	Código	Horas	Minutos

SECCION 14: PARTICIPACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN EL BONO JUANA AZURDUY

MADRE	contro (NOME	l ha lo algún l de <i>BRE)</i> con ı Institución	14.18 ¿En qué Institución Financiera realizó la <u>mayoría</u> de los cobros?	¿Usted ha tenido alguna dificultad en el cobro de los controles de (NOMBRE) con esta Institución	14.20 ¿Cuál ha sido la mayor dificultad?	¿Cuál fue el principal medio	le tomó	mente, o tiempo o llegar a	los co	mayoría de obros de <i>MBRE)</i> los	de Ca	4 ía decirme el número irnet de Identidad de persona?	Principalme gastó el din recibió de la de (NOMBR	ero que os controles	ita.26 ¿Tiene usted el formulario de inscripción y control de corresponsa- bilidades del BJA?
CÓDIGO ID. DE LA MA	Si "SI pregu	NO P.14.23		1. SI 2. NO P.14.21		1. A PIE 2. MINIBUS / MICRO 3. CAMION 4. MOTO 5. BICICLETA 6. ANIMAL 7. LANCHA O BOTE 8. AUTO/TAXI 9. OTRO			2. 3. 4.	P.14.25 usted misma? su pareja? otro familiar? otro no familiar? NUNCA COBRÓ P.14.26	1.	LA RESPUESTA ES "SÍ" ANOTE EL NÚMERO SI	1. ALIMENTOS PARA HOGAR 2. PAGO SERVICIOS PARA EL HOGAR (AGUA, TELÉFONO 3. GASTOS EN SALU 4. GASTOS EN EDUCACIÓN 5. PAÑALES 6. LECHE 7. ROPA O CALZADO 8. JUGUETES O ARTÍCULOS DE ENTRETENIMIENT 9. AHORRO 10. INVERSION EN UI NEGOCIO 11. PAGO DE DEUDAS 12. OTRO		SI TIENE PIDA A LA MADRE EL FORMULARIO 1. SI TIENE, VISTO 2. SI TIENE, NO VISTO 3. NO TIENE
	Cód.	Número	Nombre	Código	Dificultad	Código	Horas	Minutos		Código	Cód.	Número		Cód. 2	Código
		_													

SECCION 15: LACTANCIA MATERNA

MADRE	¿Alguna vez le dio pecho (amamantó)	15.2 Después de que (NOMBRE) nació, ¿empezó a darle pecho	15.3 ¿Por cuántos meses le dio pecho a (NOMBRE)?	En los primeros 3 días después del parto, ¿le dieron a (NOMBRE) algo de beber <u>diferente</u> de leche de pecho?	15.5 ¿Durante cuántos meses le dio solamente leche de pecho a (NOMBRE)?	15.6 ¿Qué se le dio de be primeros tres días di pecho?		15.7 ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar alimentos sólidos o semi-sólidos como papillas, purés, frutas?	15.8	Entre las 6 de la mañana del día de ayer y las 6 de la mañana del día de hoy, ¿le ha dado a (NOMBRE) leche de pecho?
CÓDIGO ID. DE LA M			SI LE DIO MENOS DE UN MES ANOTE 0 SI AÚN LE ESTÁ DANDO PECHO ANOTE 96	P.15.6	SI AÚN LE ESTÁ DANDO SOLO PECHO ANOTE 96 SI LE DIO MENOS DE UN MES ANOTE 0	1. LECHE DE FO 2. OTRA LECHE		SI TENÍA MENOS DE UN MES ANOTE 0 SI AÚN NO LE DA ALIMENTOS SÓLIDOS ANOTE 96	VERIFIQUE EN LA P.11.7 DE LA PESTAÑA Y COPIE SI ESTÁ VIVO O MUERTO 1. VIVO 2. MUERTO PASE AL SIGUIENTE	
Č	1. SI 2. NO P.15.7	la primera hora? el primer día? la primera semana? el primer mes? después del primer mes?		1. SI 2. NO	PASE A P.15.7	5. JUGO 6. MATES 7. OTRO	arada o salada		EMBARAZO. SI NO HAY MÁS EMBARAZOS PASE A P.17.1	1. SI 2. NO
	Código	Código	Meses	Código	Meses	Cód. 1	Cód. 2	Meses	Código	Código

SECCION 16: INMUNIZACIÓN Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES (SOLO HIJOS ACTUALMENTE VIVOS) PARTE A: INMUNIZACIÓN

Ahora le voy a preguntar sobre todas las vacunas y suplementos nutricionales que le ha dado a sus hijos/hijas.

	Ahora le voy a preguntar sobre tod										
	16.1	16.2	16.3	16.4		16.6	16.7	16.8	16.9	16.10	16.11
	¿Tiene usted el Carnet de Salud	¿Recibió	¿Recibió (NOMBRE)	¿Recibió	¿Cuántas	¿Recibió	¿Cuántas veces	¿Recibió (NOMBRE)	¿Cuántas veces	¿Recibió	¿Recibió
	Infantil, comprobante de vacunación u		la vacuna BCG	(NOMBRE) la	veces le	,	le pusieron la	la vacuna	le dieron la	(NOMBRE) la	(NOMBRE) la
	otro carnet de vacunación de	vacuna BCG contra			dieron la	vacuna	vacuna	Antirotavirus, que	vacuna	vacuna SRP	vacuna contra la
	(NOMBRE)?	la tuberculosis que		que son unas	vacuna	Pentavalente, que	Pentavalente?		Antirotavirus?	contra el	Fiebre Amarilla
LA MADRE		se le aplica			antipolio?	es una inyección		se da en la boca?		sarampión que	que se coloca
E		después de recién		en la boca, a los		que se coloca en				se coloca en el	entre los 12 y 23
		nacido y es una		2, 4 y 6 meses ?		la nalga o pierna,				brazo entre los	meses?
_ ₹		inyección que se				a los 2, 4 y 6				12 y 23 meses?	
2		coloca en el brazo				meses?					
✓		que usualmente									
		causa una cicatriz?									
DE											
		D. 0.010			MÁXIMO		MÁXIMO		MÁXIMO	D 0 010	
CÓDIGO ID.	SI LA RESPUESTA ES "SÍ"	DOSIS ÚNICA			3 DOSIS		5		2 DOSIS	DOSIS ÚNICA	DOSIS ÚNICA
	PIDA EL CARNÉT Y COMPROBANTE DE	UNICA			DOSIS		DOSIS		DOSIS	UNICA	UNICA
	VACUNACIÓN										
<u> </u>	VACCHACION										
ĭ											
Δ											
Ŏ.			1. en el día de								
0		1. SI	nacimiento?	1. SI		1. SI		1. SI			
	1. SI TIENE, VISTO → P.16.13 2. SI TIENE, NO VISTO	2. NO 98. NO SABE	después del día de nacimiento?	2. NO 98. NO SABE		2. NO 98. NO SABE		2. NO 98. NO SABE		1. SI 2. NO	1. SI 2. NO
	3. NO TIENE		98. NO SABE							98. NO SABE	98. NO SABE
		P.16.4	301 110 07 IDE	P.16.6		P.16.8		P.16.10		301 110 0/152	301 110 3/152
	Código	Código	Código	Código	Número	Código	Número	Código	Número	Código	Código
		3-	5.	3.		3-	1	5.		3	5-

SECCION 16: INMUNIZACIÓN Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES (SOLO HIJOS ACTUALMENTE VIVOS) PARTE B: SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

¿Cuántas dosis de Vitamina A (perla) recibió (NOMBRE) durante los últimos 12 meses? MOSTRAR EN LA FOTO LA VITAMINA A MÁXIMO 2 DOSIS	Entre las <u>6 de la</u> mañana del día de ayer y las 6 de la mañana del día de hoy, ¿consumió (NOMBRE) Jarabe de hierro? 1. SI 2. NO 98. NO SABE	¿Consumió alguna vez (NOMBRE) Chispitas Nutricionales? P.16.16 1. SI 2. NO 98. NO SABE	¿Por qué no consumió las Chispitas Nutricionales? 1. YA ES MUY GRANDE 2. NO LO CONSIDERA NECESARIO 3. NO LE ENTREGARON LAS CHISPITAS / NO HABÍA 4. DIFICIL DE PREPARAR 5. SABE MUY FEO / NO LE GUSTA AL NIÑO(A) 6. NO CONOCE LAS CHISPITAS 7. EL MEDICO NO LE RECETO 8. OTRO 9. NO SABE P.16.17	En los últimos 12 meses, ¿cuántos sobres de Chispitas Nutricionales consumió? 1 CAJA CONTIENE 60 SOBRES MÁXIMO 60 SOBRES SI NO CONSUMIÓ ANOTE 0	16.17 ¿En los últimos 6 meses recibió bolsas de Nutribebé para (NOMBRE)? 1. SI 2. NO 98. NO SABE	16.18 Entre las 6 de la mañana del día de ayer y las 6 de la mañana del día de hoy. ¿cuántas veces consumió (NOMBRE) Nutribebé? 1. 1 VEZ 2. 2 VECES 3. MAS DE 2 VECES 4. NINGUNA	Entre las 6 de la mañana del día de ayer y las 6 de la mañana del día de hoy, ¿cuántas comidas sólidas/semisólidas (incluyendo papillas, purés comió (NOMBRE) sin contar Nutribebé? PASE AL SIGUIENTE EMBARAZO. SI NO HAY MÁS EMBARAZOS PASE A P.17.1
Número	Código	Código	Código	Número	Código	Código	Número

SECCION 17: CONOCIMIENTO BONO JUANA AZURDUY (MUJERES DE 14 A 49 AÑOS)

Ahora vamos a hablar sobre el uso de métodos anticonceptivos.

17.0 | 17.1 | 17.2 Ahora vamos a hablar sobre su conocimiento general del programa Bono Juana Azurduy. 17.3 17.0 ¿Actualmente ¿Está usted o su ¿Qué métodos está(n) usando actualmente? ¿Por qué medio se ha enterado ¿En qué consiste el Bono Juana Azurduy? usted tiene pareja? pareja del Bono Juana Azurduy? actualmente usando algún IDENTIFICACIÓN método o haciendo algo para evitar quedar embarazada? TELEVISIÓN **COPIE EL CÓDIGO ID Y EL** 1. PILDORAS/PASTILLAS 2. RADIO NOMBRE DE TODAS LAS 2. CONDON MASCULINO 3. ESTABLECIMIENTO DE **MUJERES DE 14 A 49 AÑOS** Ш 3. CONDON FEMENINO SALUD **DE P.10.0** 4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (T DE COBRE, 4. AMIGA, FAMILIAR, VECINA ESPIRAL) 5. ALCALDIA/SUB- ALCALDÍA 1. PAGO POR PARTO INSTITUCIONAL CÓDIGO 5. IMPLANTES EN EL BRAZO 6. VISITA A SU HOGAR 2. PAGO POR CONTROLES MÉDICOS A LA MUJER EMBARAZADA 6. INYECCIÓN PARA NO TENER HIJOS 7. OTRO 3. PAGO POR CONTROLES MÉDICOS AL NIÑO / NIÑA 7. ESTERILIZACIÓN FEMENINA O MASCULINA 8. NO CONOCE / NUNCA 4. CONTROLES MÉDICOS DE SALUD 8. TABLETAS, OVULOS VAGINALES, ESPUMA ESCUCHÓ 5. CAPACITACIONES EN SALUD 9. RITMO, OVULACION, ABSTINENCIA PERIODICA 1. SI 1. SI 6. SEGURO DE SALUD GRATUITO 2. NO 10. RETIRO (COITO INTERRUMPIDO) FIN DE LA - 2. NO 7. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 11. PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS ENTREVISTA, PASE A 8. OTRO (ESPECIFIQUE) P.17.4 P.17.4 LA SIGUIENTE MUJER 12. OTRO 98. NO SABE Nombre Código Código Cód. 1 Cód. 2 Código Cód. 1 Cód. 2 Cód. 3 Especifique

SECCION 17: CONOCIMIENTO BONO JUANA AZURDUY (MUJERES DE 14 A 49 AÑOS)

O DE IDENTIFICACIÓN	17.6 ¿Qué requisitos se debe cumplir para inscribirse en el Bono Juana Azurduy? 1. ESTAR EMBARAZADA			¿Dónde se <u>inscribe</u> una		17.8 ¿Dónde se <u>cobra</u> el Bono Juana Azurduy? 1. HOSPITALES	17.9 ¿Cuánto <u>paga</u> el Bono por cada control prenatal realizado? SI NO SABE ANOTE 99999	¿Cuánto paga el	SI NO SABE ANOTE 99999 FIN DE LA ENTREVISTA,	
CÓDIGO	3. 4. 5. 6. 7.	2. TENER UN NIÑO MENOR DE 1 AÑO 3. NO SER BENEFICIARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL O DE UN SEGURO PRIVADO 4. TENER CARNET DE IDENTIDAD 5. TENER CERTIFICADO DE NACIMIENTO 6. ESTAR INSCRITA EN EL SUMI 7. OTRO (ESPECIFIQUE) 98. NO SABE			2. ESTABLECIMIENTO DE SALUD 3. FUERZAS ARMADAS 4. CENTRO COMUNITARIO 5. INSTITUCIÓN FINANCIERA 6. OTRO		2. CENTROS / PUESTOS DE 3. ALCALDIA/SUBALCALDIA 4. FUERZAS ARMADAS 5. CENTRO COMUNITARIO 6. INSTITUCIÓN FINANCIERA 7. OTRO 98. NO SABE Código	Monto (Bs.)	Monto (Bs.)	PASE A LA SIGUIENTE MUJER Monto (Bs.)