

IH7 ¿Podría indicarnos el nombre y barrio del centro educativo o de cuidado?

Nombre _____

Barrio _____

IH8 ¿Cómo se traslada al centro de cuidado o educativo? (si es más de un medio, indicar el medio de mayor traslado)

- A pie..... 1
En ómnibus..... 2
Camioneta/autobús infantil..... 3
En auto..... 4
En bicicleta..... 5
Otro..... 6

especificar

Ns/Nc..... 9

IH9 ¿Cuánto demora en llegar?

Anote minutos..... 99 Ns/Nc

IH10 ¿Cuántas horas semanales asiste?

Anote horas por semana..... 99 Ns/Nc

IH11 ¿Cuántas veces por semana va el niño al centro educativo o de cuidado?

- Cinco días..... 1
Cuatro días..... 2
Tres días..... 3
Dos días..... 4
Un día..... 5
Ns/Nc..... 9

IH12 ¿Es el horario del jardín o centro educativo al que asiste (NOMBRE) compatible con su horario de trabajo?

- Sí..... 1
No, el horario es corto..... 2
No, abren muy tarde..... 3
No, cierran muy temprano..... 4
Ns/Nc..... 9

IH13 ¿A partir de qué edad comenzó a asistir a algún jardín de infantes, escuela o centro de enseñanza?

Anote edad en meses..... 99 Ns/Nc

IH14 ¿Cuál fue el principal motivo por el cual envía/envió a (NOMBRE) al jardín o centro educativo?

- Tenía que trabajar y preferí llevarlo/ a un jardín..... 1
Tenía que trabajar y no podía pagar para que lo cuidaran en casa..... 2
Tenía que trabajar y no tenía familiares que me ayudaran..... 3
Me pareció bueno para él/ella..... 4
Para poder estudiar..... 5
Por recomendación del pediatra o especialista..... 6
Para tener tiempo para mí..... 7
Otro..... 8

especificar

Ns/Nc..... 9

IH15 Respuesta múltiple. Indique cuáles fueron las tres principales razones por las que no envía o no envió a (NOMBRE) a un jardín o establecimiento preescolar?

- No necesito/necesité, yo cuido de mis hijos..... 1
No necesito/necesité, un familiar cuida de mis hijos..... 2
No necesito/necesité, prefiero/í pagar a alguien para cuidarlos en casa... 3
Necesito, pero es/era muy caro..... 4
No confío (confiaba), no me gustan los jardines o establecimientos..... 5
(NOMBRE) es muy chiquito/a..... 6
Por miedo a que se enferme muy seguido..... 7
Está lejos o es complicado llegar..... 8
Los horarios son/eran incompatibles con mi jornada laboral..... 9
No había ninguno que me resultara de suficiente calidad..... 10
No sabía de la existencia de centros educativos para niños tan chicos..... 11
Mi pareja no quería..... 12
Otra..... 13

especificar

Ns/Nc..... 99

IH16 Finalmente, en su barrio o cerca de allí: ¿existen suficientes opciones de servicios públicos para el cuidado de los niños que aún no concurren a la escuela (jardines de infantes, CAIF, centros INAU)?

- Sí..... 1
No existen opciones..... 2
Existen opciones, pero no hay cupos..... 3
Ns/Nc..... 9

IH17 Marque sólo una de las opciones ¿Hasta qué nivel espera usted que (NOMBRE) estudie?

- Primaria..... 1
Ciclo Básico de UTU..... 2
Ciclo Básico de Secundaria..... 3
2° o 3° Ciclo de UTU..... 4
Bachillerato (2° Ciclo de Secundaria)..... 5
Escuela policial o militar..... 6
Profesorado o magisterio..... 7
Universidad..... 8
Ns/Nc..... 9

IH18 Por (NOMBRE) ¿cobra Asignaciones Familiares?

- Sí, por el plan de equidad..... 1
Sí, por asignaciones contributivas del BPS..... 2
Sí, por funcionario público..... 3
No..... 4 pase a preg. IH21
Ns/Nc..... 9

IH19 ¿Dónde la cobra?

- Incluido en el sueldo..... 1
En un local de cobro..... 2
Ns/Nc..... 9

IH20 ¿Cada cuánto cobra dicha Asignación Familiar?

- Todos los meses..... 1
Cada dos meses..... 2
Ns/Nc..... 9

IH21 Indicar quién contesta la entrevista

- El padre biológico/adoptivo de (NOMBRE) 1 pase a preg. IH28
 La madre biológica/adoptiva de (NOMBRE) 2 pase a preg. IH22
 Ni el padre ni la madre biológica/adoptiva 3 pase a preg. IH22

Si no responde Padre.

Si indicó que contesta la madre (2 en IH21) o ni padre ni madre (3 en IH21).
Ahora quisiera hacerle unas preguntas sobre el padre biológico/adoptivo de (NOMBRE)

IH22 El padre biológico/adoptivo de (NOMBRE) ¿vive aquí?

- Sí 1
 No 2 pase a preg. IH24
 Ns/Nc 9

IH23 Solo para los que respondieron Si en IH22. ¿Cuál es el N° de persona de la grilla de integrantes del hogar?

Anote N°
 pase a preg. H28 si indicó 3 en IH21, fin del modulo si indicó 2 en IH21

IH24 ¿Por qué razón no vive con ustedes el padre biológico/adoptivo de (NOMBRE)?

- Murió 1 pase a preg. IH30
 Se separaron o divorciaron 2
 Está preso 3
 Nunca vivió con (NOMBRE) 4 pase a preg. IH26
 Emigró 5
 Otra 6
 Ns/Nc 9

IH25 ¿Qué edad tenía cuando el padre biológico/adoptivo dejó de vivir con (NOMBRE)?

Anote edad en meses si era menor de un año

IH26 ¿Con qué frecuencia (NOMBRE) ve a su padre biológico/adoptivo?

- Todos los días 1
 5 a 6 veces por semana 2
 3 a 4 días por semana 3
 1 a 2 días por semana 4
 1 vez cada quince días 5
 1 vez al mes 6
 Algunas veces al año 7
 No tiene contacto con (NOMBRE) 8
 Ns/Nc 9

IH27 (NOMBRE) ¿Recibe algún aporte económico por parte de su padre biológico/adoptivo?

- Sí, regularmente 1
 Sí, ocasionalmente 2
 No 3
 NS/NC 9

Fin del módulo si contesta la madre (si indicó 2 en IH21), pase a SI

Si no responde Madre.

IH28 La madre biológica/adoptiva de (NOMBRE) ¿vive aquí?

- Sí 1
 No 2 pase a preg. IH31
 Ns/Nc 9

IH29 Solo para los que respondieron Si en IH29. ¿Cuál es el N° de persona de la grilla de integrantes del hogar?

Anote N°

Fin del módulo, pase a SI.

IH30 ¿Por qué razón no vive con ustedes la madre biológica/adoptiva de (NOMBRE)?

- Murió 4 Fin del módulo, pase a SI
 Se separaron o divorciaron 2
 Está presa 3
 Nunca vivió con (NOMBRE) 4 pase a preg. IH33
 Emigró 5
 Otra 6
 Ns/Nc 9

IH31 ¿Qué edad tenía cuando la madre biológica/adoptiva dejó de vivir con (NOMBRE)?

Anote edad en meses si era menor de un año

IH32 ¿Con qué frecuencia (NOMBRE) ve a su madre biológica/adoptiva?

- Todos los días 1
 5 a 6 veces por semana 2
 3 a 4 días por semana 3
 1 a 2 días por semana 4
 1 vez cada quince días 5
 1 vez al mes 6
 Algunas veces al año 7
 No tiene contacto con (NOMBRE) 8
 Ns/Nc 9

IH33 (NOMBRE) ¿Recibe algún aporte económico por parte de su madre biológica/adoptiva?

- Sí, regularmente 1
 Sí, ocasionalmente 2
 No 3
 Ns/Nc 9

SI SALUD INFANTIL**SI1 ¿Cuánto tiempo después de nacido llevó a (NOMBRE) al control médico por primera vez?**

Anote tiempo días, semanas o meses
Días Semanas Meses

- El niño quedó internado luego de nacer 97
 Nunca lo llevó 98 pase a preg. SI4
 Ns/Nc 99

SI2 ¿Lo llevó porque estaba enfermo o por control?

- Estaba enfermo 1
 Para control (el niño estaba sano) 2
 Ns/Nc 9

SI3 ¿Dónde se hizo ese control?

Mutualista	1
Seguro Privado (Americano, Blue Cross, Británico, MediCare, MP, Primédica, SUMMUM, Mapfre, Medlife, Sancor).....	2
Pereira Rossell	3
Policlinicas ASSE	4
Policlinicas de las Intendencias.....	5
Hospital ASSE	6
BPS (incluye Asignaciones Familiares)	7
Otro prestador público	8
Ns/Nc.....	9

SI4 ¿Se manifestó alguna enfermedad congénita en (NOMBRE) ?

Sí	1
No	2 pase a preg. SI16
Ns/Nc.....	9

SI5 ¿Qué tipo de enfermedad?

Cardiaca	1
Malformaciones o anomalías.....	2
Otros.....	3

especificar

Ns/Nc.....	9
------------	---

SI6 ¿(NOMBRE) fue amamantado alguna vez?

Sí	1
No	2 pase a preg. SI13
Ns/Nc.....	9

SI7 ¿Cuánto tiempo después de nacer empezó a ser amamantado?

Menos de una hora.....	1
Entre 1 y 3 horas	2
Más de tres horas.....	3
Ns/Nc.....	9

SI8 Actualmente ¿el niño se alimenta mediante lactancia exclusiva?

Sí	1 pase a preg. SI16
No	2
Ns/Nc.....	9

SI9 ¿Actualmente el niño toma pecho?

Sí	1
No.....	2
Ns/Nc.....	9

SI10 ¿En qué momento el niño empezó a tomar leche distinta a la materna?

Anote tiempo días, semanas o meses

--	--	--	--	--

Días Semanas Meses

SI11 ¿Durante cuántos meses practicó lactancia exclusiva?

Nunca	1			
Menos de 6 meses	2			
Anote cantidad de meses	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>			
Más de 6 meses	3 pase a preg. SI14			
Anote cantidad de meses	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>			

SI12 ¿Por qué dejó de practicar/nunca práctico lactancia exclusiva?

Cantidad de leche insuficiente.....	1
Calidad de la leche inadecuada	2
Trabajo materno	3
Indicación médica.....	4
No succionaba.....	5
Decisión materna.....	6
Enfermedad del niño	7
Pezón umbilicado, agrietados o doloridos.....	8
Toma de anticonceptivos	9
Nuevo embarazo	10
Destete natural	11
No es su madre biológica	12
Otro.....	13
Ns/Nc.....	99 pase a preg. SI14

SI13 ¿Por qué no le dio pecho a (NOMBRE) ?

Cantidad de leche insuficiente.....	1
Calidad de la leche inadecuada	2
Trabajo materno	3
Indicación médica.....	4
No succionaba.....	5
Decisión materna.....	6
Enfermedad del niño	7
Pezón umbilicado, agrietados o doloridos.....	8
Toma de anticonceptivos	9
Nuevo embarazo	10
Destete natural	11
No es su madre biológica	12
Otro.....	13
Ns/Nc.....	99

SI14 ¿A qué edad le dio de probar la primera comida?

Anote meses.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>		
Todavía no	98		
Ns/Nc.....	99		

SI15 Pregunte por cada alimento Para niños menores de 6 meses ¿Qué alimento(s) recibió (NOMBRE) desde ayer a esta misma hora hasta este momento del día de hoy?

	Sí	No	Ns/Nc
1 Leche materna.....	1	2	9
2 Leche de vaca (fluida común)	1	2	9
3 Leche de vaca (fluida con hierro)	1	2	9
4 Leche de vaca (en polvo, común)	1	2	9
5 Leche de vaca (en polvo, con hierro)	1	2	9
6 Fórmula para lactantes (lata).....	1	2	9
7 Agua	1	2	9
8 Té, infusiones.....	1	2	9
9 Jugos preparados en la casa	1	2	9
10 Jugos de fruta comprados	1	2	9
11 Jugos en polvo.....	1	2	9
12 Refrescos	1	2	9
13 Otros líquidos	1	2	9
14 Otros alimentos sólidos o semisólidos	1	2	9

	SI16 ¿En las últimas tres semanas, (NOMBRE) ha tenido alguno de estos síntomas o molestias...? Leer una a una	SI17 ¿Buscó usted consejo o tratamiento para alguna de esas enfermedades?	SI18 ¿Dónde buscó consejo o tratamiento? Mutualista..... 1 Seguro Privado..... 2 Pereira Rossell..... 3 Policlínica MSP..... 4 Policlínica Intendencias..... 5 BPS (incluye Asignaciones Familiares)..... 6 Hospital ASSE..... 7 Farmacia..... 8 Amiga/vecina/pariente..... 9 Otro..... 10 _____ especificar
1 Tos	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2 Diarrea y/o vómitos	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3 Dolor de oídos o secreción en los oídos	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4 Respiración difícil o agitada	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5 Labios azules o morados	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6 Fiebre	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	SI19 ¿En los últimos 12 meses, (NOMBRE) ¿tuvo alguno de los siguientes accidentes? Leer una a una	SI20 ¿Dónde tuvo el accidente?
1 Accidente de transporte	Sí 1 No 2	1 Casa 2 Calle 3 Centro educativo
2 Caída	Sí 1 No 2	1 Casa 2 Calle 3 Centro educativo
3 Quemadura	Sí 1 No 2	1 Casa 2 Calle 3 Centro educativo
4 Intoxicación	Sí 1 No 2	1 Casa 2 Calle 3 Centro educativo
5 Mordedura de animales	Sí 1 No 2	1 Casa 2 Calle 3 Centro educativo
6 Choque eléctrico	Sí 1 No 2	1 Casa 2 Calle 3 Centro educativo
7 Otro tipo de accidente	Sí 1 No 2	1 Casa 2 Calle 3 Centro educativo

SI21 La última vez que llevo a (Nombre) a un centro de salud ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido?

Anote tiempo en horas o minutos.....

--	--

Horas Minutos

SI22 ¿Qué distancia hay entre su casa y el lugar donde (Nombre) fue atendido?

Menos de 1 Km. 1
 Más de 1 Km. 2

Anote distancia en kilómetros.....

--	--

 Ns/Nc..... 9

_____ Especifique Establecimiento

SI23 Mostrar tarjeta y marcar todos los que corresponda ¿Cuáles han sido las enfermedades que (NOMBRE) ha presentado con más frecuencia desde su nacimiento?

	Sí	No	Ns/Nc
1 Problemas respiratorios.....	1	2	9
2 Problemas gastrointestinales (diarrea, vómitos) ..	1	2	9
3 Problemas renales.....	1	2	9
4 Problemas de crecimiento.....	1	2	9
5 Problemas visuales.....	1	2	9
6 Problemas auditivos.....	1	2	9
7 Problemas de la piel.....	1	2	9
8 Problemas de salud mental.....	1	2	9
9 Problemas neurológicos.....	1	2	9
10 Problemas de retraso del desarrollo en el aprendizaje (psicomotor).....	1	2	9

SI24 ¿Alguna vez se le diagnosticaron anemia a (NOMBRE) ?

Sí..... 1
 No..... 2
 Ns/Nc..... 9

SI25 ¿(NOMBRE) ha tomado suplemento de hierro?

Sí..... 1
 No..... 2 pase a preg. SI29
 Ns/Nc..... 9

SI26 Si tiene menos de 24 meses ¿Con qué frecuencia toma suplemento de hierro?

Diariamente..... 1
 Casi todos los días..... 2
 Una vez por semana..... 3
 Con menos frecuencia..... 4
 Dejó de tomar..... 5 pase a preg. SI28
 Ns/Nc..... 9

SI27 ¿Cuál suplemento toma? Pedir el frasco

Iberol..... 1
 Cheltin..... 2
 Ibofer..... 3
 Otro..... 4
 Ns/Nc..... 9

SI28 ¿En qué mes (NOMBRE) comenzó a tomar el suplemento?

Anote mes marcar 0 si lo toma desde el nacimiento

SI29 Para todos ¿(NOMBRE) está tomando vitaminas u otros minerales o ha tomado antes de los dos años?

Sí 1
No 2 pase a preg. SI31
Ns/Nc 9

SI30 ¿Cuáles toma actualmente o tomó en los últimos seis meses? Marque todas las que corresponda

Dayamineral1
Vitamina D2
Calcio3
Zinc4
Otros5

especificar

Ns/Nc9

SI31 A lo largo de su vida, ¿(NOMBRE) ha recibido orientación de parte de nutricionistas?

Sí1
No2
Ns/Nc9

SI32 A lo largo de su vida, ¿(NOMBRE) ha recibido asistencia odontológica?

Sí1
No2
Ns/Nc9

SI33 A lo largo de su vida, ¿(NOMBRE) ha recibido asistencia psicológica?

Sí1
No2
Ns/Nc9

SI34 A lo largo de su vida, ¿(NOMBRE) ha recibido asistencia psiquiátrica?

Sí1
No2
Ns/Nc9

SI35 Piense en la última vez que (NOMBRE) estuvo enfermo, ¿quiénes lo cuidaron la mayor parte del tiempo? (Marque hasta 3)

Padre de (NOMBRE) o pareja de la madre1
Madre de (NOMBRE) o pareja del padre2
Servicio doméstico o niñera3
Abuela/s4
Abuelo/s5
Hermana6
Hermano7
Otro familiar o no pariente8
Ns/Nc9

SI36 ¿(NOMBRE) tiene diagnóstico de síndrome de Down o trisomía 21?

Sí 1
No 2 pase a preg. SI38
Ns/Nc 9

SI37 ¿El diagnóstico fue...

Clínico (observación del médico) 1
Análisis genético 2
Ns/Nc 9

SI38 ¿(NOMBRE) tiene limitaciones permanentes para ver, aún usando lentes?

Sí1
No2
Ns/Nc9

SI39 ¿(NOMBRE) tiene limitaciones permanentes para oír, aún usando audífonos?

Sí1
No2
Ns/Nc9

SI40 ¿(NOMBRE) tiene limitaciones permanentes para caminar, aún usando bastones, muletas o prótesis?

Sí1
No2
Ns/Nc9

SI41 ¿(NOMBRE) tiene limitaciones permanentes para utilizar brazos o manos?

Sí1
No2
Ns/Nc9

AL ALIMENTACIÓN

PARA NIÑOS DE 6 A 23 MESES

AL1 ¿Quién le da mayormente de comer a (NOMBRE)?

Padre1
Madre2
Abuelo o familiar cercano3
Persona contratada para el cuidado del niño4
Otro9

AL2 ¿Mientras come (NOMBRE) se mira la televisión?

Sí1
No2
Ns/Nc9

AL3 ¿Le hablan a (NOMBRE) durante las comidas?

Sí1
No2
Ns/Nc9

AL4 ¿Le permiten tocar los alimentos, y llevárselos a la boca por sí mismos?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

AL5 ¿Cuántas comidas y entre comidas recibió (NOMBRE) en el día de ayer?

Anote cantidad.....

AL6 Pregunte por cada grupo de alimento y responda. En el día de ayer ¿consumió (NOMBRE) algún alimento de cada uno de estos grupos que le voy a nombrar?

	Sí	No	Ns/Nc
1 Arroz, fideos, polenta, cereales, papas, boniatos.	1	2	9
2 Leche, yogur, postres de leche, queso.....	1	2	9
3 Carnes (vacuna, pollo, pescado, hígado, menudos, cerdo, cordero) (no para chupar).....	1	2	9
4 Huevos	1	2	9
5 Lentejas, porotos.....	1	2	9
6 Leche fortificada con hierro (en polvo o fluida).....	1	2	9
7 Pescado (fresco o en lata).....	1	2	9
8 Zapallo, calabaza, zanahoria, boniato zanahoria, espinaca, acelga (ricas en Vitamina A).....	1	2	9
9 Nuggets, hamburguesas, panchos.....	1	2	9
10 Purés sopas y caldos instantáneos.....	1	2	9
11 Preparaciones de papas (noisettes, prefritas, croquetas).....	1	2	9
12 Postres lácteos envasados.....	1	2	9
13 Leche chocolatada	1	2	9
14 Comidas preparadas prontas para bebés (colados, purés, papillas).....	1	2	9
15 Golosinas.....	1	2	9
16 Alfajores y galletitas rellenas	1	2	9

AL7 ¿Le agregan manteca o aceite a la comida del niño?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

AL8 Marque uno solo. ¿Qué aceite utiliza principalmente?

Girasol 1
 Oliva 2
 Maíz 3
 Soja 4
 Canola 5
 Arroz 6
 Alto oleico 7
 Otros..... 8

AL9 ¿El niño consume la comida con sal?

Sí 1
 No 2 *pase a preg. AL11*
 Ns/Nc 9

AL10 ¿Qué tipo de sal? pedir el paquete

Sal común yodada..... 1
 Sal común yodo fluorada..... 2
 Sal de frontera..... 3
 Otras sales 4

AL11 ¿Qué bebe el niño mayoritariamente cuando tiene sed?

Agua de la canilla 1
 Agua embotellada..... 2
 Jugo de fruta envasado 3
 Jugo en polvo preparado..... 4
 Refresco 5
 No consume 6

NIÑOS DE 23 MESES A 4 AÑOS CUMPLIDOS

AL12 ¿El niño come acompañado?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

AL13 ¿Le hablan durante las comidas?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

AL14 ¿Le permiten alimentarse por sí mismo?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

AL15 ¿Mientras (NOMBRE) come, se mira frecuentemente la TV.?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

AL16 ¿(NOMBRE) comparte la mesa familiar?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

AL17 ¿(NOMBRE) y su familia comparten todos juntos alguna de las comidas del día?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

AL18 No nombrar las opciones, esperar que las indique el encuestado, ayudarlo recordando en la mañana, en la tarde. ¿Cuántas comidas hace (NOMBRE) en el día, en un día típico?

	Sí	No
Desayuno	1	2
Almuerzo	1	2
Merienda.....	1	2
Cena.....	1	2
Comidas entre horas	1	2

Si marco Si, indique cantidad de comida entre horas.....

ALIMENTOS <i>Asegurarse que las respuestas refieran a la dieta usual del niño.</i>	AL19 En la última semana (NOMBRE) ¿comió...? (nombrar los grupos de alimentos)			AL20 Para cada respuesta afirmativa preguntar ¿cuántos días en la semana comió....?				
	Sí	No	Ns/Nc	1	2-3	4-6	7	Ns/Nc
1 Arroz, fideos o polenta, papa, boniato	1	2	3	1	2	4	5	9
2 Pan, galletas	1	2	3	1	2	4	5	9
3 Verduras de hojas	1	2	3	1	2	4	5	9
4 Lentejas, porotos, Garbanzos	1	2	3	1	2	4	5	9
5 Lácteos (leche, yogur, queso)	1	2	3	1	2	4	5	9
6 Carne de vaca, pollo	1	2	3	1	2	4	5	9
7 Pescado	1	2	3	1	2	4	5	9
8 Huevo	1	2	3	1	2	4	5	9
9 Azúcar, dulces	1	2	3	1	2	4	5	9

AL21 Pregunte por cada grupo de alimento y responda. *En el día de ayer ¿consumió (NOMBRE) algún alimento de cada uno de estos grupos que le voy a nombrar?*

	Sí	No	Ns/Nc
1 Nuggets, hamburguesas, panchos.....	1	2	9
2 Purés sopas y caldos instantáneos.....	1	2	9
3 Preparaciones de papas (noisettes, fritas, croquetas).....	1	2	9
4 Postres lácteos envasados.....	1	2	9
5 Leche chocolatada.....	1	2	9
6 Comidas preparadas prontas para bebés (colados, purés, papillas).....	1	2	9
7 Golosinas.....	1	2	9
8 Alfajores y galletitas rellenas.....	1	2	9

AL22 ¿Le agregan manteca o aceite a la comida del niño?

Sí.....	1
No.....	2
Ns/Nc.....	9

AL23 Marque uno solo. ¿Qué aceite utiliza principalmente?

Girasol.....	1
Oliva.....	2
Maíz.....	3
Soja.....	4
Canola.....	5
Arroz.....	6
Alto oleico.....	7
Otros.....	8

AL24 ¿El niño consume la comida con sal?

Sí.....	1
No.....	2 pase a preg. AL26
Ns/Nc.....	9

AL25 Pedir el paquete ¿Qué tipo de sal?

Sal común yodada.....	1
Sal común yodo fluorada.....	2
Sal de frontera.....	3
Otras sales.....	4

AL26 ¿Qué bebe el niño mayoritariamente cuando tiene sed?

Agua de la canilla.....	1
Agua embotellada.....	2
Jugo de fruta envasado.....	3
Jugo en polvo preparado.....	4
Refresco.....	5
No consume.....	6

ATENCIÓN! Las preguntas de aquí en adelante hasta Prácticas de crianza (PC) solo se realiza si la entrevistada es la madre de (NOMBRE)

¿Es la madre quien contesta el formulario?

Sí.....	1
No.....	2 pase a PC

EM EMBARAZO

Ahora quisiera que habláramos sobre el embarazo de (NOMBRE)

EM1 ¿Cuándo quedó embarazada de (NOMBRE)...

Quería quedar embarazada en ese momento.....	1
Más adelante.....	2
No quería tener (más) hijos.....	3

EM2 En las semanas anteriores a quedar embarazada de (NOMBRE), ¿había estado buscándolo?

Sí.....	1
No.....	2 pase a preg. EM4
Ns/Nc.....	9

EM3 ¿Cuánto tiempo estuvo buscando quedar embarazada?

Anote meses.....

EM4 ¿Tuvo atención prenatal cuando estaba embarazada de (NOMBRE)?

Sí.....	1
No.....	2 pase a preg. EM10
Ns/Nc.....	9

EM5 Pedir que muestre carné perinatal. En caso de no poseerlo preguntar: **¿En total cuántos controles prenatales se hizo?**

1-2-3	1
4-5	2
6-7-8	3
9 o más controles	4
Ns/Nc	99

EM6 **¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?**

1-3 semanas	1	pase a preg. EM8
4-6 semanas	2	pase a preg. EM8
7-9 semanas	3	pase a preg. EM8
10-11 semanas	4	pase a preg. EM8
12-13 semanas	5	pase a preg. EM8
14-19 semanas	6	
20-24 semanas	7	
25-29 semanas	8	
30-34 semanas	9	
35-38 semanas	10	
No recuerda	99	

EM7 Respuesta espontánea Si el primer control es posterior o igual a las 14 semanas **¿Por qué no asistió a su atención prenatal antes de ese tiempo?**

Por el trabajo	1
Le quedaba lejos	2
No quería estar embarazada	3
No le gusta la atención	4
No tenía dinero	5
No sabía que estaba embarazada	6
Le daba miedo	7
Los horarios eran malos	8
No le gusta ir al ginecólogo	9
No quería que nadie se enterara que estaba embarazada	10
No estaba segura de querer continuar con el embarazo	11
Ya sabía que estaba todo bien, tuvo más hijos	12
Otra	13

especificar

Ns/Nc

EM8 **¿Dónde se realizó la atención prenatal?**

Mutualista	1
Seguro Privado (Americano, Blue Cross, Británico, MediCare, MP, Primédica, SUMMUM, Mapfre, Medlife, Sancor)	2
Pereira Rossell	3
Policlínicas ASSE	4
Policlínicas de las Intendencias	5
Hospital ASSE	6
BPS (incluye Asignaciones Familiares)	7
Otro prestador público	8
Ns/Nc	9

EM9 **Registre principal ¿Qué profesional le realizó la atención prenatal?**

Partera	1
Ginecólogo/Gineco-obstetra	2
Médico de familia	3
Otros	4

especificar

Ns/Nc

EM10 **Durante el embarazo de (NOMBRE) ¿Le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades?**

	Sí	No	Ns/Nc
1 Toxoplasmosis	1	2	9
2 Sífilis	1	2	9
3 Chagas	1	2	9
4 Paludismo/Malaria	1	2	9
5 Bacteriuria	1	2	9
6 Estreptococo B	1	2	9
7 Diabetes gestacional	1	2	9
8 Anemia	1	2	9

EM11 **Durante el embarazo ¿le diagnosticaron alguna de las siguientes condiciones médicas?**

	Sí	No	Ns/Nc
1 Depresión	1	2	9
2 Trastorno bipolar	1	2	9
3 Trastorno de ansiedad generalizada	1	2	9
4 Trastorno obsesivo compulsivo	1	2	9
5 Fobia	1	2	9
6 Trastorno de pánico	1	2	9
7 Trastorno estrés posttraumático	1	2	9

EM12 **¿Durante el embarazo fumó cigarrillos (de tabaco)?**

Sí	1
No	2 pase a preg. EM14
Ns/Nc	9

EM13 **¿Cuántos cigarrillos (de tabaco) fumó en promedio?**

Menos de 1 por día	1
Más de 1 por día	2

Anote cantidad.....

EM14 **¿Durante el embarazo tomó alguna bebida alcohólica como vino, cerveza, whisky, licores, bebidas blancas, etc.?**

Nunca	1
Esporádicamente	2
Regularmente	3
No recuerda	4
Ns/Nc	9

EM15 ¿Durante el embarazo tomó algún tipo de medicamento? No

considerar hierro ni ácido fólico.

Nunca 1
 Esporádicamente..... 2
 Regularmente 3

¿Cuál? _____
 especificar

	Sí	No	Ns/Nc
¿Fue recetado?	1	2	9
No recuerda			4
Ns/Nc			9

EM16 ¿Durante el embarazo tomó algún tipo de droga (sin ser alcohol o cigarrillos)?

Nunca 1
 Esporádicamente..... 2
 Regularmente 3

¿Cuál? _____
 especificar

No recuerda 4
 Ns/Nc 9

EM17 ¿Cuánto pesaba antes del embarazo de (NOMBRE)?

Anote peso en Kg

EM18 ¿Cuánto aumentó de peso desde el inicio del embarazo hasta el nacimiento de (NOMBRE)?

Anote peso en Kg

EM19 ¿Durante el embarazo de (NOMBRE), el médico le indico tomar hierro o ácido fólico para el tratamiento o la prevención de la anemia o enfermedades congénitas?

Sí, hierro 1
 Sí, ácido fólico 2
 Sí, ambos 3
 No 4 pase a preg. EM21
 Ns/Nc 9

EM20 Si corresponde: ¿Durante cuántos meses tomó comprimidos de hierro? ¿Y ácido fólico?

Hierro 1
 Anote meses
 Ácido Fólico 2
 Anote meses
 Ns/Nc 99

EM21 ¿Recibió alguna instancia de educación para el parto, lactancia y/o crianza?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

EM22 ¿Durante el parto estaba acompañada por su pareja, algún familiar o alguna persona afectivamente significativa para usted?

Sí 1

_____ especificar

No, porque no quise 2
 No, porque no me lo permitieron 3
 No, porque no tenía quien me acompañe 4
 No, porque no pudo venir 5
 Ns/Nc 9

EM23 ¿En qué tipo de establecimiento nació (NOMBRE)?

Mutualista 1
 Seguro Privado (Americano, Blue Cross, Británico, MediCare, MP, Primédica, SUMMUM, Mapfre, Medlife, Sancor) 2
 Pereira Rossell 3
 Policlinicas ASSE 4
 Policlinicas de las Intendencias 5
 Hospital ASSE 6
 BPS (incluye Asignaciones Familiares) 7
 Otro prestador público 8
 Ns/Nc 9

EM24 ¿Al momento del nacimiento se verificó alguna de las siguientes complicaciones?

	Sí	No	Ns/Nc
1 Hipertensión arterial previa.....	1	2	9
2 Hipertensión inducida embarazo.....	1	2	9
3 Preeclampsia.....	1	2	9
4 Eclampsia.....	1	2	9
5 Cardiopatía.....	1	2	9
6 Nefropatía.....	1	2	9
7 Diabetes.....	1	2	9
8 Infección ovular.....	1	2	9
9 Infección urinaria.....	1	2	9
10 Amenaza parto pretérmino.....	1	2	9
11 R.C.I.U. (retardo del crecimiento intra uterino) ...	1	2	9
12 Rotura prematura de membranas.....	1	2	9
13 Anemia.....	1	2	9

EM25 ¿El nacimiento fue por parto normal, cesárea o fórceps?

Parto normal 1
 Cesárea 2
 Fórceps..... 3
 Otro..... 4

_____ especificar

EM26 ¿Con posterioridad al embarazo: ¿algún especialista le diagnosticó depresión post parto?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

EM27 ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando el niño nació?

Anote semanas.....

EM28 ¿El niño permaneció algún tiempo en incubadora?

Sí 1
Anote cantidad de días.....
No 2
Ns/Nc..... 9

TE TRABAJO Y EDUCACIÓN

Para esta sección chequear información anterior sobre edad de finalización educación y edad comienzo trabajo si alguna vez trabajó.

TE1 ¿Al momento de quedar embarazada de (NOMBRE) se encontraba estudiando?

Sí 1
No 2 *pase a preg. TE5*
Ns/Nc..... 9

TE2 A raíz del embarazo y nacimiento/adopción de ese hijo ¿Ud. interrumpió sus estudios?

Sí 1
No 2 *pase a preg. TE5*
Ns/Nc..... 9

TE3 Con posterioridad, ¿Ud. retomó sus estudios?

Sí y los finalizó..... 1
Sí, pero luego dejó 2
No 3 *pase a preg. TE5*
Ns/Nc..... 9

TE4 ¿A qué edad los retomó?

Anote edad.....

TE5 Indicar si empezó a trabajar antes del nacimiento de (NOMBRE)

Sí 1
No 2 *fin del módulo*
pase a PC
Ns/Nc..... 9

TE6 Cuando quedó embarazada/adoptó de ese hijo, ¿usted estaba trabajando?

Sí 1
No 2 *pase a preg. TE10*
Ns/Nc..... 9

TE7 ¿Cuántas horas semanales trabajaba?

Anote horas.....

TE8 ¿Estuvo sin trabajar por más de seis meses durante el embarazo/nacimiento/adopción de ese hijo?

Sí 1
No 2
Ns/Nc..... 9

TE9 En los siguientes seis meses al nacimiento/adopción del niño cuántas horas semanales trabajaba?

Sí 1
Anote horas.....
No trabajó en ese periodo 98 *pase a preg. TE11*
Ns/Nc..... 99

TE10 En los siguientes seis meses al nacimiento/adopción del niño: ¿cambió de trabajo?

Sí 1
No 2
Ns/Nc..... 9
fin del modulo, pase a PC.

TE11 ¿Cuál fue el motivo?

Razones vinculadas al cuidado de (NOMBRE) 1
Razones vinculadas al cuidado de otro integrante de la familia 2
Perdió el empleo (despido, cierre, término contrato) 3
Renunció por problemas en el trabajo o ganaba mal 4
Problemas de salud 5
Para dedicarse a estudiar..... 6
Se fue del país o se mudó de barrio o departamento 7
Otro 8
_____ *especificar*
Ns/Nc..... 9

TE12 Con posterioridad, ¿Ud. volvió a trabajar (por más de 6 meses)?

Sí 1
No 2
Ns/Nc..... 9

PC PRÁCTICAS DE CRIANZA

ATENCIÓN! Las preguntas de aquí en adelante se realizan a todos los entrevistados.

PARA TODOS

PC1 Lenguaje - Observar/interacción adulto niño/a. Respuesta que se le da al niño por parte del adulto.

No capta las señales del niño/a..... 1
Capta señales y no responde..... 2
Capta las señales y responde en el registro no verbal y/o verbal sin manifestar interés por la continuidad de la interacción. 3
Capta las señales y responde activamente, disfrutando, entreteniéndolo con gestos, hablándole y/ o contestando preguntas, dándole información, de acuerdo a la edad del niño/ a 4
Lo observado no corresponde con ninguna de las anteriores..... 5

PC2 ¿Acostumbra cantarle canciones a (NOMBRE)?

Sí 1
No 2
Ns/Nc..... 9

PC3 ¿Acostumbra enseñarle juegos a (NOMBRE) ?

- Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

PC4 ¿Para qué le sirve el juego a los niños? No se leen opciones, se marca la opción que se aproxima a la respuesta que brinda el o la entrevistada.

- Para nada 1
 No tengo ni idea 2
 Para que no molesten 3
 Para dejarme hacer las cosas 4
 Porque es lo único que sabe hacer 5
 Para entretenerse 6
 Aprender cosas 7
 Conocer lo que lo rodea 8
 Favorecer el desarrollo 9
 Disfrutar, crecer 10

PC5 ¿Con qué cosas deja jugar a (NOMBRE) ? Leer las opciones.

- Con los juguetes que le gustan, que me pide 1
 Con los juguetes más viejos, los nuevos los guardo para que no los rompa 2
 Con los juguetes y algunas cosas de la casa que le gustan y no son peligrosas 3
 Ns/Nc 9

PC6 ¿Cree Ud. que (NOMBRE) es capaz de querer, desear, cosas distintas a las que Ud. quiere, desea? Leer opciones

- Desde que nace 1
 Cuando empiece el jardín, la guardería 2
 Cuando vaya a la escuela 3
 Cuando sea joven 4
 Ns/Nc 9

PC7 ¿Quién toma las decisiones en relación a la/los de (NOMBRE) ?

	Mayormente yo	Mi pareja y yo (50/50)	Mayormente mi pareja	Otro (mujer)	Otro (hombre)	Servicio doméstico o niñera	Ns/Nc
1 Educación	1	2	3	4	5	6	9
2 Salud	1	2	3	4	5	6	9
3 Hábitos (comer, sueño, Baño, etc.)	1	2	3	4	5	6	9
4 Límites (disciplina, normas)	1	2	3	4	5	6	9

PC8 ¿Cuándo ambos padres toman las decisiones, se ponen de acuerdo.... ?

- Casi siempre 1
 Casi nunca 2
 Las toma uno 3
 Ns/Nc 9

PC9 ¿(NOMBRE) se sale con la suya?

- Siempre 1
 A veces 2
 Nunca 3
 Ns/Nc 9

PC10 ¿Cómo siente que es la ayuda que recibe en la crianza de (NOMBRE) ?

- Mucha 1
 Poca 2
 Ninguna 3
 Ns/Nc 9

PC11 Preguntar solo si el padre/madre no vive en la casa ¿El padre/madre visita al hijo?

- Sí 1
 No 2 pase a preg. PC14
 Ns/Nc 9

PC12 Si la respuesta a PC 11 es Sí ¿cada cuanto lo ve?

- Semanalmente 1
 Mensualmente 2
 Algunas veces al año 3
 Ns/Nc 9

PC13 Las visitas del padre/madre qué efectos piensa Ud. que tiene en el hijo:

- Lo deja contento 1
 Lo pone peor 2
 Le es indiferente 3
 Ns/Nc 9

NIÑOS DE 0 A 12 MESES

PC14 ¿Acostumbra contarle cuentos, a contarle lo que Ud. hace o lo que pasó en el día o va a pasar mañana a (NOMBRE)?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

PC15 ¿Por qué?

No entiende 1
 Es muy chiquito 2
 No se me ocurrió 3
 No tengo tiempo 4
 No sé hacerlo 5
 Entiende todo 6
 Así aprende a hablar 7
 Para comunicarme 8
 Le gusta 9
 Me gusta 10
 Porque sí 11

NIÑOS MAYORES DE 12 MESES

PC16 ¿Acostumbra contarle cuentos que usted conoce o que usted inventa a (NOMBRE)?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

PC17 ¿Por qué?

No entiende 1
 Es muy chiquito 2
 No se me ocurrió 3
 No tengo tiempo 4
 No sé hacerlo 5
 Entiende todo 6
 Así aprende a hablar 7
 Para comunicarme 8
 Le gusta 9
 Me gusta 10
 Porque sí 11

PC18 (NOMBRE) duerme...

Siempre solo en su cama 1
 Frecuentemente duerme en la cama con otros 2
 Ns/Nc 9

DI DESARROLLO INFANTIL

NIÑOS DE 2 A 6 MESES

DI1 (NOMBRE) se da vuelta cuando escucha un sonido?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

DI2 Habitualmente mira, sonrío, hace sonidos o mueve sus brazos, se pone contento cuando ve a personas que conoce?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

DI3 Se ríe a carcajadas en respuesta a personas que le sonrían, le hacen gestos, le conversan o juegan con él/ella?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

DI4 Mantiene la cabeza derecha sin que se la sujeten?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

DI5 Se sienta derecho/a con apoyo en algo (por ejemplo, con ayuda de un almohadón)?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

NIÑOS DE 7 A 11 MESES

DI6 (NOMBRE) ¿Dice en algún momento dos sílabas juntas como da-da, baba, ma-ma, ta-ta (aunque no sepa qué quiere decir)?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

DI7 Si usted le da un pedazo de pan, ¿se lo lleva a la boca e intenta comérselo?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

DI8 ¿Muestra lo que quiere señalando un objeto con el dedo, haciendo ruidos especiales, diciendo palabras o logrando que lo/la tomen en brazos?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

DI9 ¿Responde a personas que hablan con él/ella a través de sonidos, gestos o diciendo palabras?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

DI10 ¿Se sienta solo sin apoyarse en algo?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

NIÑOS DE 1 AÑO A 23 MESES

DI11 (NOMBRE) Presta atención a objetos que le interesan, como juguetes, libros, con dibujos o personas que conoce, por un minuto o más?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI12 ¿Habitualmente sonrío o mueve sus brazos cuando ve a las personas que conoce?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI13 ¿Camina solo/a sin necesitar apoyarse en algo?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI14 ¿Se hace entender señalando o diciendo palabras como jugo, eso o más?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI15 ¿Dice dos o más palabras diferentes con significado (como mamá, papá u otra)?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI16 ¿Entiende cuando usted le pide algo y lo hace? (Por ejemplo, si usted le dice: *Mostrame por favor tu juguete*, ¿él/ella lo hace?)

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI17 ¿Copia o imita acciones de la vida diaria, como abrazar a un muñeco, dar de comer a una muñeca?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI18 ¿Copia o imita sonidos y acciones que usted hace o palabras que usted dice mientras están juntos? (Por ejemplo, si usted le hace caras divertidas, ¿él/ella se las copia?)

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

NIÑOS DE 2 AÑOS A 35 MESES

DI19 (NOMBRE) ¿Presta atención por un tiempo largo a objetos que le interesan, como juguetes, libros con dibujos o personas que le gustan?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI20 ¿Habitualmente sonrío, hace sonidos, pide jugar o hacer algo juntos cuando ve a las personas conocidas?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI21 ¿Camina rápido y corre?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI22 ¿Habla con uno o más niños?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI23 ¿Usa frases cortas (de tres o más palabras) para decir lo que ella/él quiere, como, por ejemplo, yo quiero eso o no quiero eso?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI24 ¿Imita actividades de la vida diaria, como dar de comer a una muñeca, jugar a las casitas o imaginarse que es un personaje de TV o de películas, con usted u otra persona?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI25 ¿Colabora en la casa haciendo cosas simples, como ayudar a guardar sus juguetes o traer algo cuando se lo piden?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

NIÑOS DE 3 AÑOS A 3 AÑOS Y 11 MESES

DI26 (NOMBRE) ¿Presta atención por varios minutos a objetos que le interesan, como juguetes, libros con dibujos o personas que le gustan, y logra jugar con ellos un buen rato antes de cambiar de actividad?

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI27 ¿Usa frases de cuatro o cinco palabras para decir algo que ella/él quiere hacer? (Por ejemplo, vamos a las hamacas)

Sí 1
No 2
Ns/Nc 9

DI28 ¿Juega en casa a representar diferentes personajes: mamá, papá, hermano, tías, abuela, etc.?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

DI29 ¿Obedece dos órdenes a la vez? Por ejemplo, si usted le pide que saque la leche de la heladera y la deje sobre la mesa, ¿lo hace?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

MA MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y VACUNACIÓN

	Medida 1	Medida 2
MA1 Peso (2 dígitos y 3 decimales)	____ , ____	____ , ____
MA2 Talla (3 dígitos y 1 decimal)	____ , ____	____ , ____
MA3 Perímetro cefálico (2 dígitos y 1 decimal)	____ , ____	____ , ____

MA4 ¿(NOMBRE) Tiene el carné de vacunas?

Sí 1
 No 2 pase a preg. MA7

MA5 ¿Puedo verlo?

Sí 1
 No 2 pase a preg. MA7
 No lo encuentra 3 pase a preg. MA7

MA6 Si muestra el Carné de vacunas copiar vacunas y fechas de cada dosis de vacunación

Según Carné:
 Fecha de vacuna.

		Mes		Año	
BCG	1				
PEN	1				
	2				
	3				
	4				
POL o PVI	1				
	2				
	3				
	4				
SRP	1				
VAR	1				
NEU	1				
	2				
	3				
HE.A	1				
	2				

MA7 Para cada vacuna que no esté registrada en el carné o si no muestra el carné preguntar: ¿Le han dado (nombre de la vacuna) a (NOMBRE)?

	Sí	No	Ns/Nc
BCG.....	1	2	9
PEN.....	1	2	9
POLO O PVI.....	1	2	9
SRP.....	1	2	9
VAR.....	1	2	9
NEU.....	1	2	9
HE.A.....	1	2	9

MA8 ¿Tiene el carné de salud de (NOMBRE)?

Sí 1
 No 2

MA9 ¿Puedo verlo?

Sí 1
 No 2
 No lo encuentra 3

MA10 Si tiene carné de salud tomar nota y no preguntar.

1 Fecha de nacimiento

Anote fecha
 Día Mes Año

Anote talla al nacer en cm.

Anote peso al nacer en g.....

2 Fecha del primer control de salud

Anote fecha
 Día Mes Año

Anote talla al nacer en cm.

Anote peso al nacer en g.....

Anote PC en cm.

3 Fecha del último control de salud

Anote fecha
 Día Mes Año

Anote talla al nacer en cm.

Anote peso al nacer en g.....

Anote PC en cm.

MA11 (NOMBRE) ¿Recibió la vacuna de...?

	Sí	No	Ns/Nc
La gripe (si la recibió al inicio del último invierno) ...	1	2	9
Antimeningo B	1	2	9

La siguiente grilla es solo a los efectos de chequear que se hayan aplicado todas las evaluaciones indicadas según la edad del niño.

Meses	0-3	3-6	6-12	12-18	18-24	24-47
ASQ:SE	NO	SI	SI	SI	SI	SI
ASQ:3	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CBCL	NO	NO	NO	NO	SI	SI
EEDP	SI	SI	SI	SI	SI	NO
TEPSI	NO	NO	NO	NO	NO	SI
PAUTA MSP	SI	SI	SI	SI	SI	SI

MA12 ¿Se pudieron realizar todos los test de psicomotricidad en función de la edad?

Sí 1
 No, el niño estaba cansado 2
 No, el hogar estaba cansado 3
 No, el niño estaba enfermo 4
 No, el niño estaba durmiendo 5
 No, el niño no estaba 6

TL TRAYECTORIA LABORAL

Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su vida laboral...

TL1 Durante la semana pasada... ¿trabajó al menos una hora sin considerar los quehaceres del hogar?

- Sí 1 pase a preg. TL5
- No 2
- Ns/Nc 9

TL2 ¿Hizo algo en su casa para afuera o ayudó a alguien en un negocio familiar o trabajo aunque no recibiera un pago?

- Sí 1 pase a preg. TL5
- No 2
- Ns/Nc 9

TL3 Aunque no trabajó la semana pasada ¿tiene algún trabajo o negocio al que seguramente volverá?

- Sí 1
- No 2 pase a preg. TL11
- Ns/Nc 9

TL4 ¿Por qué motivo no trabajó la semana pasada?

- Por licencia maternal 1
- Otra tipo de licencia (vacaciones, enfermedad, estudio, etc) 2
- Por poco trabajo debido a mal tiempo 3
- Por estar en seguro de paro 4
- Por huelga, estar suspendido 5
- Otro motivo 6

especificar

- Ns/Nc 9

TL5 ¿En su trabajo principal es....?

- Asalariado privado 1
- Asalariado público 2
- Miembro cooperativa de producción 3
- Patrón 4
- Cuenta propia sin local o inversión 5
- Cuenta propia con local o inversión 6
- Miembro del hogar no remunerado 7
- Programa social de empleo 8
- Ns/Nc 9

TL6 ¿En su trabajo principal realiza aportes a la seguridad social?

- Sí 1
- No 2
- Ns/Nc 9

TL7 ¿En su trabajo principal tiene derecho a...?

- | | Sí | No | Ns/Nc |
|---|----|----|-------|
| 1 Seguro de desempleo | 1 | 2 | 9 |
| 2 Licencia por maternidad | 1 | 2 | 9 |
| 3 Reducción horario por lactancia | 1 | 2 | 9 |

TL8 ¿Cuántas horas trabaja habitualmente por semana en su empleo principal?

Anote horas por semana 99 Ns/Nc

TL9 ¿Cuántas horas trabaja habitualmente por semana en todos sus trabajos?

Anote horas por semana 99 Ns/Nc

TL10 ¿Estaría dispuesta a trabajar más horas? ¿Por qué razones?

- No, trabaja el N° de horas que quiere 1
- No, trabaja más horas de las que quiere..... 2
- Sí, pero no consigue más horas..... 3
- Sí, pero sus responsabilidades familiares no se lo permiten 4
- Sí, otra razón 5

especificar

Pase a preg. TL14

TL11 ¿Durante la última semana, ¿buscó trabajo?

- Sí 1
- No 2

TL12 (Si no trabaja actualmente). Aunque no trabaje actualmente, ¿trabajó antes?

- Sí 1
- No 2 pase a preg. TL23
- Ns/Nc 9

TL13 (Si trabajó alguna vez y no trabaja actualmente) ¿A qué edad dejó de trabajar (por última vez)?

Anote edad 99 Ns/Nc

TL14 (Para las que trabajan o trabajaron antes) ¿A qué edad empezó a trabajar?

Anote edad 99 Ns/Nc

TL15 ¿Ese primer empleo, era de medio tiempo o de tiempo completo (7 o más horas diarias)?

- Tiempo completo 1 pase a preg. TL17
- Medio tiempo 2
- Ns/Nc 9

TL16 ¿A qué edad tuvo su primer trabajo de tiempo completo?

Anote la edad

- Nunca 98 pase a preg. TL20
- Ns/Nc 99

TL17 ¿Qué tareas realizaba en su primer trabajo de tiempo completo? (Anotar tarea específica)

especificar

TL18 Desde entonces ¿Dejó de trabajar por un período mayor a 6 meses?

- Sí 1
- No 2 pase a preg. TL20
- Ns/Nc 9

TL19 ¿Cuántas veces?

Anote N° de veces 99 Ns/Nc

TL20 En algún momento de su vida ¿Interrumpió su trabajo por más de tres meses porque tuvo un hijo?

- Sí 1
 No 2 pase a preg. TL22
 Ns/Nc 9

TL21 ¿Por cuánto tiempo?

- a) Indicar en meses
 b) ¿En qué año?

TL22 Desde el año 2008, ¿Participó en algún programa de empleo?

- No 1
 Si, Uruguay Trabaja 2
 Si, Uruguay Integra 3
 Si, Objetivo Empleo 4
 Ns/Nc 5

TL23 ¿Algún integrante del hogar cambió su situación laboral en los últimos 12 meses?

- Sí, perdió el empleo y está desocupado 2
 Indicar N° de persona
 Sí, perdió el empleo y está nuevamente ocupado 3
 Indicar N° de persona
 Sí, estaba desocupado/inactivo y consiguió un empleo 4
 Indicar N° de persona
 No 5

TL24 Respuesta múltiple ¿es usted...?

	Sí	No	Ns/Nc
1 Jubilado	1	2	9
2 Pensionista	1	2	9
3 Rentista	1	2	9
4 Estudiante.....	1	2	9
5 Quien realiza los quehaceres del hogar	1	2	9

CF TAREAS Y ORGANIZACIÓN DEL HOGAR

CF1 ¿Cuántas horas semanales diría que dedica a la realización de tareas domésticas, considerando todas las tareas pero excluyendo las que tienen que ver con el cuidado de los niños?

Anote la cantidad.....

Relación con el niño o la niña	CF2 En el hogar ¿Quién se encarga del cuidado de los niños?	CF3 ¿Cuántas horas semanales? Fuera del horario escolar	CF4 Cuando el niño se enferma o no hay clase ¿a quién puede recurrir?
1 Madre	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
2 Padre	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
3 Se queda/n solo/s	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
4 Pareja de la madre	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
5 Pareja del padre	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
6 Hermano/a mayor de 10 años	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
7 Hermano/a menor de 10 años	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
8 Abuelo/a	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
9 Otro pariente	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
10 Vecinos u otro no pariente	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9
11 Persona remunerada	Sí 1 No 2 Ns/Nc 9		Sí 1 No 2 Ns/Nc 9

CF5 ¿Cuántas horas semanales diría que dedica usted al cuidado de ancianos u otros dependientes (excluyendo los niños)?

Anote la cantidad de horas.....

CF6 Recuérdeme... ¿Actualmente vive en pareja?

- Sí 1
 No 2 pase a preg. CF10
 Ns/Nc 9

CF7 Además de la pareja actual: ¿tuvo otras parejas con las que convivió al menos seis meses?

- Sí 1
 Anote la cantidad.....
 No 2
 Ns/Nc 9

CF8 Ahora me gustaría hablarle sobre la forma en que Ud. y su pareja organizan la vida en el hogar. ¿Cómo reparten usted y su pareja las tareas en las siguientes áreas? (si el niño pasa parte de la semana en otro hogar refiérase exclusivamente a éste hogar)

	Mayormente Yo	Mi pareja y yo (50/50)	Mayormente mi pareja	Otro (mujer)	Otro (hombre)	Servicio doméstico o niñera	Ns/Nc
1 Preparar las comidas diarias	1	2	3	4	5	6	9
2 Comprar los alimentos	1	2	3	4	5	6	9
3 Limpiar y ordenar la casa	1	2	3	4	5	6	9
4 Hacer pequeñas reparaciones en el hogar	1	2	3	4	5	6	9
5 Ir a pagar las cuentas	1	2	3	4	5	6	9
6 Bañar y asear a los niños, u ocuparse de que estén limpios	1	2	3	4	5	6	9
7 Llevar a los niños al baño	1	2	3	4	5	6	9
8 Cambiarle los pañales a los niños	1	2	3	4	5	6	9
9 Darles de comer o encargarse de que coman	1	2	3	4	5	6	9
10 Rezongar a los niños cuando se portan mal	1	2	3	4	5	6	9
11 Llevar a los niños o traerlos de la escuela o el jardín	1	2	3	4	5	6	9
12 Llevar a los niños al médico	1	2	3	4	5	6	9
13 Jugar con los niños o hacer actividades recreativas con ellos	1	2	3	4	5	6	9

CF9 En una escala de 10 puntos, en la que 1 es nada satisfecho y 10 completamente satisfecho: ¿Cuán satisfecho/a está Ud. con la forma en que están repartidas las tareas del hogar con su pareja?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pase a preg. CF11

CF10 Aunque actualmente no viva en pareja ¿en los últimos 4 años tuvo alguna pareja con la que convivió durante al menos seis meses? (desde inicios de 2009)

Sí 1
 Anote la cantidad
 No 2
 Ns/Nc 9

CF11 Mostrar tarjeta. *Estas son frases que se dicen sobre los niños. Lea cuidadosamente cada una de ellas. Tienen dos respuestas posibles: Sí o No. Si en algún caso le parece que la respuesta no es ni Sí ni No, elija de todas maneras la que se acerque más a lo que Ud. piensa.*

	Sí	No
a. Para lo único que les sirve a los niños estar con otros niños es para aprender a pelear.....	1	2
b. Si el niño todavía no habla es imposible saber lo que quiere.....	1	2
c. Si un niño pregunta cómo nacen los bebés, hay que decirle la verdad.....	1	2
d. Aunque sean muy chiquitos estar con otros niños los ayuda a crecer mejor.....	1	2
e. Muchas veces los caprichos de los niños "sacan de las casillas" y se termina pegándoles y gritándoles.....	1	2
f. El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) "tiene mañas".....	1	2
g. Los bebés que tocan todo no son malcriados, están aprendiendo.....	1	2
h. Para que aprendan a comer solos hay que dejarlos ensuciarse y jugar con la cuchara.....	1	2
i. A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa.....	1	2
j. A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos no hay más remedio que pegarles.....	1	2
k. Querer más a un hijo es dejarlo hacer cualquier cosa.....	1	2
l. A los varones hay que enseñarlos a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno.....	1	2
m. Para que los niños coman hay que darles de comer siempre a cualquier hora.....	1	2
n. Los niños aprenden a portarse bien cuando se les habla y se les tiene paciencia.....	1	2
ñ. Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coma.....	1	2
o. A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa.....	1	2
p. A los hijos una "buena paliza" de vez en cuando les hace bien.....	1	2
q. Para que a los niños se les vayan las rabietas hay que esperar que se tranquilicen solos sin prestarles mucha atención.....	1	2
r. Es mejor hablarles a los niños sobre cómo nacen los bebés cuando ya están en la escuela.....	1	2
s. Para que a los niños se les vayan las "mañas" hay que dejarlos llorar hasta que se cansen.....	1	2
t. Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen.....	1	2
u. Para que aprendan a obedecer el niño tiene que saber lo que se puede hacer y lo que no.....	1	2
v. Dejar los niños frente al TV mucho rato es una solución para las mamás cuando están ocupadas.....	1	2

CF12 *¿Con qué frecuencia le pegaban a Ud. cuando era niño/a para corregirle?*

Nunca.....	1
En muy pocas ocasiones.....	2
Con frecuencia.....	3
Casi siempre.....	4
Siempre.....	5
Ns/Nc.....	9

AP

ACTITUDES Y OPINIONES SOBRE GÉNERO, RELIGIÓN, TRABAJO Y FAMILIA

AP1 *¿En qué religión fue criada/a?*

Ninguna.....	1
Católica Romana.....	2
Protestante.....	3
Evangelista.....	4
Judía.....	5
Umbanda.....	6
Otra (cuál).....	7

especificar	
Ns/Nc.....	9

AP2 *Actualmente, ¿cuál es su religión?*

Ninguna.....	1
Católica Romana.....	2
Protestante.....	3
Evangelista.....	4
Judía.....	5
Umbanda.....	6
Otra (cuál).....	7

especificar	
Ns/Nc.....	9

AP3 *Imagine una escala de 1 a 10 donde en 1 están las personas más pobres y en 10 las más ricas: ¿Dónde se ubica usted?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AP4 *Algunas personas creen que el Estado debe resolver todos los problemas de la sociedad mientras que otros piensan que no debe resolver ninguno. Usando una escala de 1 a 10, donde 1 significa 'el Estado debe resolver todos los problemas' y 10 'ninguno' ¿dónde se ubica usted?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AP5 *Algunas personas dicen que la gente sale adelante gracias al trabajo duro, mientras que otros dicen que se debe a golpes de suerte o la ayuda de otras personas son más importantes ¿Cuál crees que es lo más importante?*

El trabajo duro.....	1
El trabajo duro y la suerte son igualmente importantes.....	2
La suerte.....	3
Ns/Nc.....	9

AP6 Por favor imagine una escalera con diez niveles, en el primer nivel están quienes no tienen poder, y en el nivel más alto, el décimo, están quienes tienen mucho poder. Para usted ¿En cuál de esos niveles se encuentra usted ahora en relación

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99 Ns/Nc
1 En la sociedad en general											
2 Su trabajo (no preguntar a los desocupado)											

AP7 En una escala de 1 a 10 donde 1 es muy insatisfecho y 10 es muy satisfecho: ¿qué tan satisfecho está con la vida en relación a...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99 Ns/Nc
1 La vida en general											
2 Su salud											
3 Su familia											
4. Su ingreso											
5. Su barrio											

MS SALUD Y FAMILIA

MS1 ¿La familia comparte alguna comida al día?

Sí	1
No	2
Ns/Nc.....	9

MS2 ¿En los últimos dos días cuántas de las comidas (almuerzos o cenas) se elaboraron en su casa?

Cuatro comidas	1
Tres comidas	2
Dos comidas	3
Una comida	4
Ninguna	5
Ns/Nc.....	9

MS3 ¿Hubiera preferido que el número de comidas elaboradas en su casa fuera...?

Mayor	1
Menor	2
Igual.....	3
Ns/Nc.....	4

MS4 ¿Con qué frecuencia alguien fuma dentro de su casa (integrante o no del hogar)?

Diariamente	1
Al menos una vez por semana	2
Al menos una vez por mes	3
Al menos una vez por año	4
Nunca	5

MS5 ¿Alguien de la familia ha expulsado lombrices de más de 10 cm en los últimos 12 meses?

Sí	1
No	2
Ns/Nc.....	9

MS6 ¿Me puede indicar cuál es su altura (talla)?

Anote talla en cm.....

MS7 ¿Me puede indicar su peso?

Anote peso en Kg.....

SA SEGURIDAD ALIMENTARIA

SA1 En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez (...)

	Sí	No	Ns/Nc
a. (...) usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar?.....	1	2	9
b. (...) en su hogar se quedaron sin alimentos?.....	1	2	9
c. (...) en su hogar dejaron de tener una alimentación balanceada?.....	1	2	9
d. (...) usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	1	2	9
e. (...) usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?.....	1	2	9
f. (...) usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?.....	1	2	9
g. (...) usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?.....	1	2	9
h. (...) usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	1	2	9
i. (...) algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación balanceada?.....	1	2	9
j. (...) algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	1	2	9
k. (...) algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar o almorzar?.....	1	2	9
l. (...) algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?.....	1	2	9
m. (...) tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?	1	2	9
n. (...) algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?.....	1	2	9
o. (...) algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?.....	1	2	9

Atención!! Las preguntas de aquí en adelante hasta Características del hogar (OC) solo se realiza si la entrevistada es la madre de algunos de los menores de 4 años.

RS0 ¿La persona que está contestando el formulario, es la madre de alguno de los menores de 4 años?

- Sí, de todos 1
 Sí, de algunos..... 2
 Indicar NPER que son hijos.....
 No, de ninguno 3

Me gustaría preguntarle por todos los hijos nacidos vivos que ha tenido a lo largo de su vida.

RS1 ¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo? (que haya mostrado signos de vida aunque haya muerto poco tiempo después)

Anote número

RS2 ¿Cuántos viven con usted y cuántos en otro hogar?

Anote número que viven en el mismo hogar
 Anote número que viven en otro hogar

RS3 ¿Alguno fue dado en adopción?

- Sí 1
 Anote la cantidad.....
 No 2
 Ns/Nc..... 9

RS4 ¿Alguno de sus hijos falleció?

- Sí 1
 Anote la cantidad.....
 No 2 pase a preg. RS6
 Ns/Nc..... 9

RS5 Si tuvo hijos fallecidos

Hijo fallecido	a. ¿Qué edad tenía cuando murió?	b. Año en que falleció
1	Días _____ Meses _____ Años _____	
2	Días _____ Meses _____ Años _____	

RS6 (Sumar respuestas anteriores) Entonces ud. tuvo X hijos nacidos vivos a lo largo de su vida, ¿Esto es correcto?

Anote número total de hijos nacidos vivos

RS7 ¿Alguna vez adoptó un niño?

- Sí 1
 No 2 pase a preg. RS9
 Ns/Nc..... 9

RS8 ¿Cuántos hijos adoptó?

Anotar número

RS9 ¿Ud. está embarazada actualmente?

- Sí 1
 No 2 pase a preg. RS15
 Ns/Nc..... 9 pase a preg. RS15

RS10 ¿De cuánto tiempo?

Anotar semanas

RS11 ¿Cuándo quedó embarazada...

- Quería quedar embarazada en ese momento..... 1
 Más adelante 2
 No quería tener (más) hijos 3

RS12 ¿Está cobrando Asignación familiar prenatal por este embarazo?

- Sí 1
 No 2
 Ns/Nc..... 9

RS15 ¿Piensa tener otro hijo ahora o más adelante?

- Sí, estoy segura..... 1
 Sí, es probable 2
 No, pero podría cambiar de idea 3 pase a preg. RS18
 No lo sabe, no lo pensó a 4 pase a preg. RS18
 No, no quiero más hijos 5 pase a preg. RS18
 No, no puedo tener más hijos 6 pase a preg. RS18
 Mi pareja no puede tener 7 pase a preg. RS18
 Ns/Nc 9 pase a preg. RS18

SÓLO PARA LAS QUE QUIEREN TENER MÁS HIJOS

RS16 ¿Cuántos hijos más quiere tener?

Anote número

RS17 (Si está embarazada, contar a partir de la fecha en que se prevea que llegue a término este embarazo) ¿Cuánto tiempo piensa esperar para tener su próximo hijo?

- Menos de un año 1
 Años 2
 Anote la cantidad.....
 Ns/Nc..... 9

PARA TODAS

RS18 Si volviera al tiempo en que no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos para tener en toda su vida, ¿cuál sería ese número?

Anote la cantidad..... 99 Ns/Nc

Ahora me gustaría preguntarle sobre planificación familiar, las distintas formas que las parejas usan para limitar o espaciar los nacimientos.

Si no está embarazada en la actualidad o no está segura, si contestó 2 o 3 en RS9

PF1 ¿está haciendo algo o usando algún método para no quedar embarazada?

- Sí 1
 No 2 pase a preg. PF4
 Ns/Nc..... 9

PF2 ¿Qué método/s está usando actualmente?

Esterilización femenina (ligadura de trompas)	1	pase a preg. PF5
Esterilización masculina (vasectomía)	2	pase a preg. PF5
DIU., o dispositivo intrauterino.....	3	
Inyección anticonceptiva	4	
Implantes	5	
Píldora o pastillas anticonceptivas	6	
Condón o preservativo.	7	
Condón o preservativo femenino.....	8	
Método de lactancia materna	9	
Método del ritmo, calendario ó control de la temperatura	10	
Retiro o Interrupción del acto sexual (coito interruptus) 11		
Anticoncepción de emergencia (pastilla del día después).....	12	
Otro.	13	

especificar

Ns/Nc..... 99

PF3 ¿Qué método/s usó en la última relación sexual?

DIU., o dispositivo intrauterino	1
Inyección anticonceptiva	2
Implantes	3
Píldora o pastillas anticonceptivas	4
Condón o preservativo.	5
Condón o preservativo femenino.....	6
Método de lactancia materna	7
Método del ritmo, calendario ó control de la temperatura	8
Retiro o Interrupción del acto sexual (coito interruptus)	9
Anticoncepción de emergencia (pastilla del día después)	10
Otro.	11

especificar

Ns/Nc..... 99

Pase a preg. PF5.

PF4 ¿Me podría decir por qué no usa ningún método anticonceptivo? (Respuesta espontánea, marque todas las que mencione)

No tiene relaciones sexuales.....	1
Tiene relaciones sexuales con poca frecuencia	2
Se encuentra en la menopausia/histerectomía	3
No puede quedar embarazada.....	4
No tuvo la menstruación desde el último nacimiento	5
Está amamantando	6
“Que sea lo que dios quiera”	7
Se opone al uso.....	8
Su pareja se opone al uso,	9
Por motivos religiosos, prohibición religiosa.....	10
No conoce ningún método.....	11
No sabe dónde conseguir.....	12
Le teme a los efectos secundarios/preocupaciones de salud	13
Le resulta caro	14
Es muy difícil conseguir	15
Está buscando quedar embarazada.....	16
Otra razón, especificar	17
Su pareja es del mismo sexo	18
Ns/Nc.....	99

Preguntar a todos. Incluir a los que contestaron 1 en RS9 (las embarazadas)

PF5 ¿Cuánto hace que se hizo el último Papanicolau?

Menos de 1 año.....	1
Entre 1 y 2 años	2
Entre 2 y 5 años	3
Más de 5 años.	4
Ns/Nc.....	9

PF6 ¿Sabe Ud. que por ley las mujeres entre 21 y 65 años tienen derecho a un Papanicolau gratuito cada tres años en el centro de salud o mutualista donde se atiende?

Sí	1
No	2
Ns/Nc.....	9

PF7 ¿Sabe Ud. que por ley las mujeres entre 40 y 59 años tienen derecho a una mamografía gratuita cada dos años en el centro de salud o mutualista donde se atiende?

Sí	1
No	2
Ns/Nc.....	9

PF8 ¿Sabe Ud. que por ley las mujeres tienen derecho a estar acompañadas en el momento del parto?

Sí	1
No	2
Ns/Nc.....	9

OC OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

OC1 ¿Cuál es el número total de habitaciones que utiliza este hogar, sin considerar baños y cocinas?

Anote la cantidad.....

OC2 ¿Cuántas habitaciones son utilizadas por este hogar para dormir?

Anote la cantidad.....

OC3 ¿Es o ha sido beneficiario del programa Uruguay Crece Contigo (UCC)?

Sí	1
No	2

OC4 ¿Es o ha sido beneficiario del programa “Cercanías” del MIDES (ETAF)?

Sí	1
No	2

OC5 ¿Este hogar recibe actualmente la Tarjeta Alimentaria de INDA/ MIDES?

Sí	1
----------	---

Anote la cantidad.....

No	2
----------	---

