



ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2025  
COLOMBIA

CONFIDENCIAL

La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

CAPÍTULO A. IDENTIFICACIÓN Y CONTROL

1

Departamento

2

Municipio

3

Clase

Cabecera municipal

1

Resto, centro poblado

2

Resto, rural disperso

3

Pase a 7

4

Sector

5

Sección

6

Manzana

7

Segmento número

8

Dirección

8A

Nombre barrio o vereda:

9

Vivienda número

10

Hogar número

Buenos días. Mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para el Ministerio de Salud y Protección Social y La Universidad de Antioquia. Estamos realizando una encuesta a nivel nacional, la cual es un estudio que se realiza cada cinco años, entrevistando a hogares para recolectar información sobre las condiciones de las viviendas, la composición de los hogares y las familias; y sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres colombianos. Apreciaríamos su participación en esta entrevista. Esta información será utilizada solo con fines estadísticos para establecer políticas de salud. La entrevista dura aproximadamente 40 minutos. Toda la información que nos provea será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas. Su participación en esta entrevista es voluntaria y Si se presentara alguna pregunta que no quisiera responder déjemelo saber y continuaré con las siguientes preguntas, o puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. Esperamos que usted participe en esta encuesta pues sus opiniones son importantes.

¿Es posible realizar la visita?	Sí	1	<input type="text"/>
	No	2	<input type="text"/>
Razón de la negación	Rechazo	1	<input type="text"/>
	Ausente	2	<input type="text"/>
	Vivienda desocupada	3	<input type="text"/>
	Cambio de uso	4	<input type="text"/>
	Otro (novedad cartográfica)	5	<input type="text"/>
	Orden público	6	<input type="text"/>

10A Nombre de la persona que atiende la visita \_\_\_\_\_

Fecha visita \_\_\_\_\_

Hora visita \_\_\_\_\_

11 ¿Esta persona acepta la entrevista?	Sí	1	<input type="text"/>
	No	2	<input type="text"/>

Teléfono para verificación telefónica de la visita \_\_\_\_\_ Si no acepta, sabe o tiene use 999 99

Número de hogares en la vivienda \_\_\_\_\_

Identificación del hogar

Hogar número \_\_\_\_\_

12 Encuestador(a)	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13 Supervisor(a)	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14 Visitas				

Visita No.	1				2				3				4			
Fecha (día - mes)	<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div></div>				<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div></div>				<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div></div>				<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div></div>			
Hora - inicio	<div><div>H</div><div>H</div><div>M</div><div>M</div></div>				<div><div>H</div><div>H</div><div>M</div><div>M</div></div>				<div><div>H</div><div>H</div><div>M</div><div>M</div></div>				<div><div>H</div><div>H</div><div>M</div><div>M</div></div>			
(hora - minutos)	a.m. <div></div> p.m. <div></div>				a.m. <div></div> p.m. <div></div>				a.m. <div></div> p.m. <div></div>				a.m. <div></div> p.m. <div></div>			
Hora - terminación	<div><div>H</div><div>H</div><div>M</div><div>M</div></div>				<div><div>H</div><div>H</div><div>M</div><div>M</div></div>				<div><div>H</div><div>H</div><div>M</div><div>M</div></div>				<div><div>H</div><div>H</div><div>M</div><div>M</div></div>			
(hora - minutos)	a.m. <div></div> p.m. <div></div>				a.m. <div></div> p.m. <div></div>				a.m. <div></div> p.m. <div></div>				a.m. <div></div> p.m. <div></div>			
Resultado de la visita (*)	<div></div>				<div></div>				<div></div>				<div></div>			

15 Número total de visitas

16 Resultado final de la encuesta

\*Códigos de resultado de la visita/encuesta

- 1 Encuesta completa

2 Rechazo

3 Ausente

4 Vivienda desocupada

5 Cambio de uso

6 Reprogramada

7 Incompleta

8 Otro motivo
-

CAPÍTULO B. DATOS DE LA VIVIENDA (para el primer hogar de la vivienda)		
Las siguientes preguntas buscan establecer el tipo de vivienda que habitan los hogares encuestados, así como el material predominante de las paredes y pisos de estas viviendas y el acceso a servicios públicos domiciliarios y servicio de internet en la vivienda		
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta
1	Tipo de vivienda:	<div>Casa1<input type="checkbox"/></div> <div>Apartamento2<input type="checkbox"/></div> <div>Vivienda tipo cuarto3<input type="checkbox"/></div> <div>Vivienda tradicional indígena4<input type="checkbox"/></div> <div>Vivienda tradicional étnica (Afrocolombiana, isleña, Rrom)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro (contenedor, carpa, cueva embarcación, refugio natural, etc.)6<input type="checkbox"/></div>
2	¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores de esta vivienda?	<div>Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida1<input type="checkbox"/></div> <div>Concreto vaciado2<input type="checkbox"/></div> <div>Material prefabricado3<input type="checkbox"/></div> <div>Guadua4<input type="checkbox"/></div> <div>Tapia pisada, bahareque, adobe5<input type="checkbox"/></div> <div>Madera burda, tabla, tablón6<input type="checkbox"/></div> <div>Caña, esterilla, otros vegetales7<input type="checkbox"/></div> <div>Materiales de desecho (zinc, tela, cartón, latas, plásticos, otros)8<input type="checkbox"/></div> <div>No tiene paredes9<input type="checkbox"/></div>
3	¿Cuál es el material predominante de los pisos de esta vivienda?	<div>Mármol, parqué, madera pulida y lacada1<input type="checkbox"/></div> <div>Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, laminado2<input type="checkbox"/></div> <div>Alfombra3<input type="checkbox"/></div> <div>Cemento, gravilla4<input type="checkbox"/></div> <div>Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal5<input type="checkbox"/></div> <div>Tierra, arena, barro6<input type="checkbox"/></div>



4	¿La vivienda cuenta con servicio de:	¿Energía eléctrica?	1	Sí	<input type="checkbox"/>
				Estrato	<input type="checkbox"/>
			2	No	<input type="checkbox"/>
		¿Gas natural conectado a red pública?	1	Sí	<input type="checkbox"/>
			2	No	<input type="checkbox"/>
		¿Acueducto?	1	Sí	<input type="checkbox"/>
			2	No	<input type="checkbox"/>
		¿Alcantarillado?	1	Sí	<input type="checkbox"/>
			2	No	<input type="checkbox"/>
		¿Recolección de basuras?	1	Sí	<input type="checkbox"/>
			Veces por semana	<input type="checkbox"/>	
			2	No	<input type="checkbox"/>
¿Internet (fijo o móvil)?	1	Sí	<input type="checkbox"/>		
	2	No	<input type="checkbox"/>		

CAPÍTULO C. DATOS DEL HOGAR (para todos los hogares de la vivienda)		
Las siguientes preguntas tienen como finalidad obtener información sobre la propiedad de la vivienda que habita el hogar, el acceso a diferentes servicios y bienes, también conseguir información básica sobre defunciones y migración de personas que pertenecían al hogar		
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta
LAS PREGUNTAS 1 A 14 TOMAN INFORMACIÓN GENERAL DEL HOGAR		
1	La vivienda ocupada por este hogar es:	<div>Propia, totalmente pagada1<input type="checkbox"/></div> <div>Propia, la están pagando2<input type="checkbox"/></div> <div>En arriendo o subarriendo3<input type="checkbox"/></div> <div>Con permiso del propietario sin pago alguno (usufructuario)4<input type="checkbox"/></div> <div>Posesión sin título (ocupante de hecho)5<input type="checkbox"/></div> <div>Propiedad colectiva6<input type="checkbox"/></div>
2	Incluyendo la sala y el comedor y sin incluir cocina, baños ni los cuartos utilizados solo para garaje o negocios, ¿de cuántos cuartos en total dispone este hogar?	Total de cuartos <div><input type="text"/><input type="text"/></div>
3	¿Cuántos de esos cuartos usan las personas de este hogar para dormir?	Total de cuartos <div><input type="text"/><input type="text"/></div>
4	¿De dónde obtiene principalmente este hogar el agua para preparar los alimentos?	<div><div>Acueducto público1<input type="checkbox"/></div><div>Acueducto veredal2<input type="checkbox"/></div><div>Red de distribución comunitaria3<input type="checkbox"/></div><div><div>Pozo con bomba4<input type="checkbox"/></div><div>Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno5<input type="checkbox"/></div><div>Río, quebrada, manantial o nacimiento6<input type="checkbox"/></div><div>Pila pública7<input type="checkbox"/></div><div>Agua lluvia8<input type="checkbox"/></div><div>Aguatero9<input type="checkbox"/></div><div>Carrotanque10<input type="checkbox"/></div><div>Agua embotellada o en bolsa11<input type="checkbox"/></div></div><div>Pase a 6</div></div>

5	¿El agua llega al hogar las 24 horas del día, durante los siete días de la semana?	<div>1 Sí <input type="checkbox"/></div> <div>2 No <input type="checkbox"/></div>
6	El agua para beber principalmente:	<div>La usan tal como la obtienen <div>1 <input type="checkbox"/></div></div> <div>La hierven <div>2 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Le echan cloro <div>3 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Utilizan filtros <div>4 <input type="checkbox"/></div></div> <div>La decantan o usan filtros naturales <div>5 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Compran agua embotellada o en bolsa <div>6 <input type="checkbox"/></div></div>
7	¿Con qué servicio sanitario cuenta el hogar?	<div>Inodoro conectado a alcantarillado <div>1 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Inodoro conectado a pozo séptico <div>2 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Inodoro sin conexión <div>3 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Letrina <div>4 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Inodoro con descarga directa a fuentes de agua (bajamar) <div>5 <input type="checkbox"/></div></div> <div>El hogar no cuenta con servicio sanitario <div>6 <input type="checkbox"/></div> Pase a 11</div>
8	¿El servicio sanitario está ubicado:	<div>Dentro de la vivienda? <div>1 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Fuera de la vivienda pero dentro del lote o terreno? <div>2 <input type="checkbox"/></div></div>
9	¿De cuántos servicios sanitarios o inodoros dispone este hogar?	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>
10	El servicio sanitario del hogar es:	<div>¿De uso exclusivo de las personas del hogar? <div>1 <input type="checkbox"/></div></div> <div>¿Compartido con personas de otros hogares? <div>2 <input type="checkbox"/></div></div>
11	¿Este hogar tiene acceso a ducha o regadera?	<div>1 Sí <input type="checkbox"/></div> <div>2 No <input type="checkbox"/></div>

12	¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?	Gas natural conectado a red pública	1	<input type="checkbox"/>	
		Gas propano o GLP ( en cilindro o pipeta)	2	<input type="checkbox"/>	
		Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol	3	<input type="checkbox"/>	
		Electricidad	4	<input type="checkbox"/>	
		Leña, madera	5	<input type="checkbox"/>	
		Carbón de leña	6	<input type="checkbox"/>	
		Carbón mineral	7	<input type="checkbox"/>	
		Material de desecho	8	<input type="checkbox"/>	
		No cocinan	9	<input type="checkbox"/>	
13	¿Cómo eliminan principalmente la basura de este hogar?	La recogen los servicios de aseo	1	<input type="checkbox"/>	
		La queman	2	<input type="checkbox"/>	
		La entierran	3	<input type="checkbox"/>	
		La tiran al río, caño, laguna o quebrada	4	<input type="checkbox"/>	
		La tiran a un patio, lote, zanja o baldío	5	<input type="checkbox"/>	
		La recoge un servicio informal (carreta, zorra etc.)	6	<input type="checkbox"/>	
14	¿Cuáles de los siguientes bienes o servicios posee este hogar?	Teléfono fijo	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		Teléfono celular	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		Radio	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		Televisor	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		Nevera	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		Lavadora	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
Horno de microondas	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
	No	2	<input type="checkbox"/>		
Computador	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
	No	2	<input type="checkbox"/>		

		Carro particular	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		Moto	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		Bicicleta	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
LAS PREGUNTAS 15 A 38 INDAGAN SOBRE PERSONAS QUE PERTENECÍAN AL HOGAR Y FALLECIERON EN LOS ÚLTIMOS 36 MESES					
15	¿En los últimos 36 meses ha fallecido alguna persona que era miembro de este hogar?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/>	Pase a 39
16	¿Cuántas personas que eran miembros de este hogar han fallecido en los últimos 36 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Datos personas fallecidas		Primera	Segunda		Tercera
REGISTRE LA INFORMACIÓN DE CADA PERSONA, COMENZANDO POR LA PRIMERA FALLECIDA EN LOS ÚLTIMOS 36 MESES					
17	¿Cuál era el sexo de la (número) persona fallecida en los últimos 36 meses o tres años anteriores a la encuesta?	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre 3 <input type="checkbox"/> Trans 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre 3 <input type="checkbox"/> Mujer 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre 3 <input type="checkbox"/> Mujer 4 <input type="checkbox"/>	
18	¿Cuál era la edad de la (número) persona al morir?	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si C17=2 (mujer) y edad está entre 13 y 49 años, continúe, Si no, pase a C38	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si C17=2 (mujer) y edad está entre 13 y 49 años, continúe, Si no, pase a C38	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si C17=2 (mujer) y edad está entre 13 y 49 años, continúe, Si no, pase a C38	
		Accidente de tránsito 1 <input type="checkbox"/> Accidente por disparo de arma de fuego 2 <input type="checkbox"/> Envenenamiento o intoxicación accidental 3 <input type="checkbox"/>	Accidente de tránsito 1 <input type="checkbox"/> Accidente por disparo de arma de fuego 2 <input type="checkbox"/> Envenenamiento o intoxicación accidental 3 <input type="checkbox"/>	Accidente de tránsito 1 <input type="checkbox"/> Accidente por disparo de arma de fuego 2 <input type="checkbox"/> Envenenamiento o intoxicación accidental 3 <input type="checkbox"/>	

19	¿Usted sabe Si esta persona falleció por alguna de las siguientes causas?	Caída accidental	4	<input type="text"/>	Pase a 38	Caída accidental	4	<input type="text"/>	Pase a 38	Caída accidental	4	<input type="text"/>	Pase a 38				
		Exposición a fuego, humo y llamas quemadura	5	<input type="text"/>		Exposición a fuego, humo y llamas quemadura	5	<input type="text"/>		Exposición a fuego, humo y llamas quemadura	5	<input type="text"/>					
		Ahogamiento y Sumersión	6	<input type="text"/>		Ahogamiento y Sumersión	6	<input type="text"/>		Ahogamiento y Sumersión	6	<input type="text"/>					
		Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio)	7	<input type="text"/>		Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio)	7	<input type="text"/>		Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio)	7	<input type="text"/>					
		Agresiones (Homicidio)	8	<input type="text"/>		Agresiones (Homicidio)	8	<input type="text"/>		Agresiones (Homicidio)	8	<input type="text"/>					
		En un desastre natural (avalancha, terremoto, explosiones)	9	<input type="text"/>		En un desastre natural (avalancha, terremoto, explosiones)	9	<input type="text"/>		En un desastre natural (avalancha, terremoto, explosiones)	9	<input type="text"/>					
		Ninguna de las anteriores	10	<input type="text"/>		Ninguna de las anteriores	10	<input type="text"/>		Ninguna de las anteriores	10	<input type="text"/>					
20	¿Conoce la fecha exacta de la muerte de esta persona?	Sí	1	<input type="text"/>		Sí	1	<input type="text"/>		Sí	1	<input type="text"/>					
Día		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día			<input type="text"/>	<input type="text"/>		Día		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Mes		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes			<input type="text"/>	<input type="text"/>		Mes		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Año	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Año		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No	2	<input type="text"/>		No		2	<input type="text"/>			No	2	<input type="text"/>					
21	¿Esta persona estaba embarazada al momento de la muerte?	Sí	1	<input type="text"/>	Pase a 23	Sí	1	<input type="text"/>	Pase a 23	Sí	1	<input type="text"/>	Pase a 23				
No	2	<input type="text"/>		No		2	<input type="text"/>			No	2	<input type="text"/>					
No sabe	9	<input type="text"/>		No sabe		9	<input type="text"/>			No sabe	9	<input type="text"/>					
22	¿Cuánto tiempo de embarazo tenía esta persona en el momento en que murió?	Semanas		<input type="text"/>	Pase a 29	Semanas		<input type="text"/>	Pase a 29	Semanas		<input type="text"/>	Pase a 29				
Meses		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses			<input type="text"/>	<input type="text"/>		Meses		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
No sabe	9	<input type="text"/>		No sabe		9	<input type="text"/>			No sabe	9	<input type="text"/>					
23	¿Esta persona falleció en un período posparto, es decir después de haber dado a luz y dentro de los siguientes 42 días después del parto?	Sí	1	<input type="text"/>	Pase a 25	Sí	1	<input type="text"/>	Pase a 25	Sí	1	<input type="text"/>	Pase a 25				
No	2	<input type="text"/>		No		2	<input type="text"/>			No	2	<input type="text"/>					
No sabe	9	<input type="text"/>		No sabe		9	<input type="text"/>			No sabe	9	<input type="text"/>					

24	¿Esta persona falleció entre los 42 días y un año posterior al parto?	<div>Sí1<div></div></div> <div>No2<div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div> <div>Pase a 30</div>	<div>Sí1<div></div></div> <div>No2<div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div> <div>Pase a 30</div>	<div>Sí1<div></div></div> <div>No2<div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div> <div>Pase a 30</div>
25	¿Cuánto tiempo después del parto murió ésta persona?	<div>En el parto1<div></div></div> <div>Horas2<div></div><div></div></div> <div>Días3<div></div></div> <div>Semanas4<div></div></div> <div>Meses5<div></div><div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div>	<div>En el parto1<div></div></div> <div>a. Horas<div></div><div></div></div> <div>b. Días<div></div></div> <div>c. Semanas<div></div><div></div></div> <div>d. Meses<div></div><div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div>	<div>En el parto1<div></div></div> <div>a. Horas<div></div><div></div></div> <div>b. Días<div></div></div> <div>c. Semanas<div></div><div></div></div> <div>d. Meses<div></div><div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div>
26	¿Qué tipo de parto fue?	<div>Vaginal espontáneo1<div></div></div> <div>Cesárea2<div></div></div> <div>Instrumentado con fórceps3<div></div></div> <div>Otro, ¿Cuál?4<div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div>	<div>Vaginal espontáneo1<div></div></div> <div>Cesárea2<div></div></div> <div>Instrumentado con fórceps3<div></div></div> <div>Otro, ¿Cuál?4<div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div>	<div>Vaginal espontáneo1<div></div></div> <div>Cesárea2<div></div></div> <div>Instrumentado con fórceps3<div></div></div> <div>Otro, ¿Cuál?4<div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div>
27	¿Dónde dio a luz esta persona?	<div>Casa o domicilio1<div></div></div> <div>Hospital o clínica2<div></div></div> <div>Centro o puesto de salud3<div></div></div> <div>Lugar de trabajo4<div></div></div> <div>Vía pública5<div></div></div> <div>Otro ¿cuál?6<div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div>	<div>Casa o domicilio1<div></div></div> <div>Hospital o clínica2<div></div></div> <div>Centro o puesto de salud3<div></div></div> <div>Lugar de trabajo4<div></div></div> <div>Vía pública5<div></div></div> <div>Otro ¿cuál?6<div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div>	<div>Casa o domicilio1<div></div></div> <div>Hospital o clínica2<div></div></div> <div>Centro o puesto de salud3<div></div></div> <div>Lugar de trabajo4<div></div></div> <div>Vía pública5<div></div></div> <div>Otro ¿cuál?6<div></div></div> <div>No sabe9<div></div></div>

28	¿Quién atendió el parto de esta persona?	Médico general	1	<input type="text"/>	Médico general	1	<input type="text"/>	Médico general	1	<input type="text"/>
		Médico Especialista	2	<input type="text"/>	Médico Especialista	2	<input type="text"/>	Médico Especialista	2	<input type="text"/>
		Enfermera	3	<input type="text"/>	Enfermera	3	<input type="text"/>	Enfermera	3	<input type="text"/>
		Auxiliar de enfermería	4	<input type="text"/>	Auxiliar de enfermería	4	<input type="text"/>	Auxiliar de enfermería	4	<input type="text"/>
		Partera	5	<input type="text"/>	Partera	5	<input type="text"/>	Partera	5	<input type="text"/>
		Promotor(a) de salud	6	<input type="text"/>	Promotor(a) de salud	6	<input type="text"/>	Promotor(a) de salud	6	<input type="text"/>
		Familiar o vecino	7	<input type="text"/>	Familiar o vecino	7	<input type="text"/>	Familiar o vecino	7	<input type="text"/>
		Curandero	8	<input type="text"/>	Curandero	8	<input type="text"/>	Curandero	8	<input type="text"/>
		Médico tradicional	9	<input type="text"/>	Médico tradicional	9	<input type="text"/>	Médico tradicional	9	<input type="text"/>
		Otro ¿cuál?	10	<input type="text"/>	Otro ¿cuál?	10	<input type="text"/>	Otro ¿cuál?	10	<input type="text"/>
Nadie la atendió	11	<input type="text"/>	Nadie la atendió	11	<input type="text"/>	Nadie la atendió	11	<input type="text"/>		
No sabe	99	<input type="text"/>	No sabe	99	<input type="text"/>	No sabe	99	<input type="text"/>		

			Sí	No	Ns		Sí	No	Ns		Sí	No	Ns				
Sangrado Vaginal?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Sangrado Vaginal?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Sangrado Vaginal?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9
Flujo vaginal maloliente?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Flujo vaginal maloliente?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Flujo vaginal maloliente?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9
Cara hinchada?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Cara hinchada?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Cara hinchada?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9
Dolor de cabeza?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Dolor de cabeza?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Dolor de cabeza?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9
Visión borrosa?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Visión borrosa?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9	Visión borrosa?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	9



29	Durante los últimos 3 meses de embarazo, ¿Esta persona sufrió alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud:	Convulsión o ataque ?	1	2	9
		Zumbidos en los oídos ?	1	2	9
		Dolor en la boca del estómago?	1	2	9
		Tuvo fiebre?	1	2	9
		Dolor abdominal intenso que no fue dolor de parto?	1	2	9
		Palidez y falta de aliento(Ambos presentes)?	1	2	9
		Infección urinaria?	1	2	9
		Parto obstruido es decir, el niño no podía o no pudo nacer?	1	2	9
		Sufrió alguna otra enfermedad?	1	2	9
		¿Cuál?			
		Pase 35			
30	¿Esta persona falleció durante y/o después de un aborto?	Sí	1		Pase a 38
		No	2		
		No sabe	9		

31	¿Cuánto tiempo después del aborto murió esta persona?	En el aborto a. Horas b. Días c. Semanas d. Meses No sabe 9	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	En el aborto a. Horas b. Días c. Semanas d. Meses No sabe 9	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	En el aborto a. Horas b. Días c. Semanas d. Meses No sabe 9	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
32	Antes del aborto, ¿Esta persona sufrió alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud:	Sangrado Vaginal? Flujo vaginal maloliente? Cara hinchada? Dolor de cabeza? Visión borrosa? Convulsión o ataque ? Zumbidos en los oídos ? Dolor en la boca del estómago? Tuvo fiebre? Dolor abdominal intenso que no fue dolor de parto? Palidez y falta de aliento(Ambos presentes)?	Sí No Ns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sangrado Vaginal? Flujo vaginal maloliente? Cara hinchada? Dolor de cabeza? Visión borrosa? Convulsión o ataque ? Zumbidos en los oídos ? Dolor en la boca del estómago? Tuvo fiebre? Dolor abdominal intenso que no fue dolor de parto? Palidez y falta de aliento(Ambos presentes)?	Sí No Ns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sangrado Vaginal? Flujo vaginal maloliente? Cara hinchada? Dolor de cabeza? Visión borrosa? Convulsión o ataque ? Zumbidos en los oídos ? Dolor en la boca del estómago? Tuvo fiebre? Dolor abdominal intenso que no fue dolor de parto? Palidez y falta de aliento(Ambos presentes)?	Sí No Ns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

		<div>Infección urinaria?<div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div></div>	<div>Infección urinaria?<div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div></div>	<div>Infección urinaria?<div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div></div>
		<div>Parto obstruido es decir, el niño no podía o no pudo nacer?<div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div></div>	<div>Parto obstruido (el niño no podía o no pudo nacer)?<div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div></div>	<div>Parto obstruido (el niño no podía o no pudo nacer)?<div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div></div>
		<div>Sufrió alguna otra enfermedad?<div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div></div>	<div>Sufrió alguna otra enfermedad?<div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div></div>	<div>Sufrió alguna otra enfermedad?<div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div></div>
		<div>¿Cuál?<div></div></div>	<div>¿Cuál?<div></div></div>	<div>¿Cuál?<div></div></div>
33	¿Dónde tuvo el aborto esta persona?	<div>Casa o domicilio<div>9</div><div></div></div>	<div>Casa o domicilio<div>9</div><div></div></div>	<div>Casa o domicilio<div>9</div><div></div></div>
		<div>Hospital o clínica<div>2</div><div></div></div>	<div>Hospital o clínica<div>2</div><div></div></div>	<div>Hospital o clínica<div>2</div><div></div></div>
		<div>Centro o puesto de salud<div>3</div><div></div></div>	<div>Centro o puesto de salud<div>3</div><div></div></div>	<div>Centro o puesto de salud<div>3</div><div></div></div>
		<div>Lugar de trabajo<div>4</div><div></div></div>	<div>Lugar de trabajo<div>4</div><div></div></div>	<div>Lugar de trabajo<div>4</div><div></div></div>
		<div>Vía pública<div>5</div><div></div></div>	<div>Vía pública<div>5</div><div></div></div>	<div>Vía pública<div>5</div><div></div></div>
		<div>Otro ¿cuál?<div>6</div><div></div></div>	<div>Otro ¿cuál?<div>6</div><div></div></div>	<div>Otro ¿cuál?<div>6</div><div></div></div>
		<div>No sabe<div>9</div><div></div></div>	<div>No sabe<div>9</div><div></div></div>	<div>No sabe<div>9</div><div></div></div>
		<div>Médico general<div>1</div><div></div></div>	<div>Médico general<div>1</div><div></div></div>	<div>Médico general<div>1</div><div></div></div>
		<div>Médico Especialista<div>2</div><div></div></div>	<div>Médico Especialista<div>2</div><div></div></div>	<div>Médico Especialista<div>2</div><div></div></div>
		<div>Enfermera<div>3</div><div></div></div>	<div>Enfermera<div>3</div><div></div></div>	<div>Enfermera<div>3</div><div></div></div>
		<div>Auxiliar de enfermería<div>4</div><div></div></div>	<div>Auxiliar de enfermería<div>4</div><div></div></div>	<div>Auxiliar de enfermería<div>4</div><div></div></div>

34	¿Quién atendió el aborto de esta persona?	<div>Partera5<input type="checkbox"/></div> <div>Promotor(a) de salud6<input type="checkbox"/></div> <div>Familiar o vecino7<input type="checkbox"/></div> <div>Curandero8<input type="checkbox"/></div> <div>Médico tradicional9<input type="checkbox"/></div> <div>Otro ¿cuál?10<input type="checkbox"/></div> <div>Nadie la atendió11<input type="checkbox"/></div> <div>No sabe99<input type="checkbox"/></div>	<div>Partera5<input type="checkbox"/></div> <div>Promotor(a) de salud6<input type="checkbox"/></div> <div>Familiar o vecino7<input type="checkbox"/></div> <div>Curandero8<input type="checkbox"/></div> <div>Médico tradicional9<input type="checkbox"/></div> <div>Otro ¿cuál?10<input type="checkbox"/></div> <div>Nadie la atendió11<input type="checkbox"/></div> <div>No sabe99<input type="checkbox"/></div>	<div>Partera5<input type="checkbox"/></div> <div>Promotor(a) de salud6<input type="checkbox"/></div> <div>Familiar o vecino7<input type="checkbox"/></div> <div>Curandero8<input type="checkbox"/></div> <div>Médico tradicional9<input type="checkbox"/></div> <div>Otro ¿cuál?10<input type="checkbox"/></div> <div>Nadie la atendió11<input type="checkbox"/></div> <div>No sabe99<input type="checkbox"/></div>																																																																																																																								
35	¿Sabe Si esta persona tenía antes del embarazo alguna de las siguientes enfermedades?	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hipertensión</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Diabetes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Epilepsia, ataques o convulsiones</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lupus</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Cáncer</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Tuberculosis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>HIV-SIDA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Desnutrición</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Enfermedad Cardiovascular</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia, ataques o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hipertensión</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Diabetes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Epilepsia, ataques o convulsiones</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lupus</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Cáncer</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Tuberculosis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>HIV-SIDA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Desnutrición</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Enfermedad Cardiovascular</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia, ataques o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hipertensión</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Diabetes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Epilepsia, ataques o convulsiones</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lupus</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Cáncer</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Tuberculosis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>HIV-SIDA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Desnutrición</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Enfermedad Cardiovascular</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia, ataques o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	Ns																																																																																																																									
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Epilepsia, ataques o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
HIV-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
	Sí	No	Ns																																																																																																																									
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Epilepsia, ataques o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
HIV-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
	Sí	No	Ns																																																																																																																									
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Epilepsia, ataques o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
HIV-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
36	¿Dónde murió esta persona?	<div>Hospital o clínica2<input type="checkbox"/></div> <div>Centro o puesto de salud3<input type="checkbox"/></div> <div>Lugar de trabajo4<input type="checkbox"/></div>	<div>Hospital o clínica2<input type="checkbox"/></div> <div>Centro o puesto de salud3<input type="checkbox"/></div> <div>Lugar de trabajo4<input type="checkbox"/></div>	<div>Hospital o clínica2<input type="checkbox"/></div> <div>Centro o puesto de salud3<input type="checkbox"/></div> <div>Lugar de trabajo4<input type="checkbox"/></div>																																																																																																																								

		Vía pública 5 <input type="checkbox"/> Otro ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Vía pública 5 <input type="checkbox"/> Otro ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Vía pública 5 <input type="checkbox"/> Otro ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>
37	Según la información que usted tiene, ¿cuál fue la causa de muerte de la esta mujer fallecida?			
38	¿Se hizo certificado de defunción de la (número) persona?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
LAS PREGUNTAS 39 A 51 INDAGAN SOBRE PERSONAS QUE PERTENECÍAN AL HOGAR Y EMIGRARON				
39	¿Alguna persona que era parte de este hogar (hijo(a), padre, madre, pareja, hermano(a) del (de la) JEFE(A) del hogar) reside actualmente en el exterior?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas personas? <input type="text"/> <input type="text"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 52		
REGISTRE LA INFORMACIÓN DE CADA PERSONA, COMENZANDO POR LA PRIMERA QUE EMIGRÓ				
Datos personas Emigrantes		Nombre 1ra persona	Nombre 2da persona	Nombre 3ra persona
40	¿Cuál es el sexo de (NOMBRE)?	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre transgénero 3 <input type="checkbox"/> Mujer transgénero 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre transgénero 3 <input type="checkbox"/> Mujer transgénero 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre transgénero 3 <input type="checkbox"/> Mujer transgénero 4 <input type="checkbox"/>
41	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
42	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el(la) jefe(a) del hogar?	Pareja 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Padre o madre 3 <input type="checkbox"/> Hermano(a) 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/>	Pareja 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Padre o madre 3 <input type="checkbox"/> Hermano(a) 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/>	Pareja 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Padre o madre 3 <input type="checkbox"/> Hermano(a) 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/>

43	¿Cuál es el estado civil actual de (NOMBRE)?	Casado(a) 1 <input type="text"/> Unido(a) 2 <input type="text"/> Datos personas emigrantes 3 <input type="text"/> Viudo(a) 4 <input type="text"/> Soltero(a) 5 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>	Casado(a) 1 <input type="text"/> Unido(a) 2 <input type="text"/> Separado(a) o Divorciado(a) 3 <input type="text"/> Viudo(a) 4 <input type="text"/> Soltero(a) 5 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>	Casado(a) 1 <input type="text"/> Unido(a) 2 <input type="text"/> Separado(a) o Divorciado(a) 3 <input type="text"/> Viudo(a) 4 <input type="text"/> Soltero(a) 5 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>												
44	¿Sabe Ud. por qué (NOMBRE) se fue del país?	Estudiar 1 <input type="text"/> Trabajar 2 <input type="text"/> Exiliado(a) 3 <input type="text"/> Matrimonio 4 <input type="text"/> Otro, ¿Cuál? 5 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>	Estudiar 1 <input type="text"/> Trabajar 2 <input type="text"/> Exiliado(a) 3 <input type="text"/> Matrimonio 4 <input type="text"/> Otro, ¿Cuál? 5 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>	Estudiar 1 <input type="text"/> Trabajar 2 <input type="text"/> Exiliado(a) 3 <input type="text"/> Matrimonio 4 <input type="text"/> Otro, ¿Cuál? 5 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>												
45	¿En qué año salió (NOMBRE) de Colombia para residir en otro país?	Año <table><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	A	A	A	A	Año <table><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	A	A	A	A	Año <table><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	A	A	A	A
A	A	A	A													
A	A	A	A													
A	A	A	A													
46	¿En qué país reside (NOMBRE) actualmente?	Venezuela 1 <input type="text"/> Estados Unidos 2 <input type="text"/> España 3 <input type="text"/> Ecuador 4 <input type="text"/> Panamá 5 <input type="text"/> Canadá 6 <input type="text"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="text"/>	Venezuela 1 <input type="text"/> Estados Unidos 2 <input type="text"/> España 3 <input type="text"/> Ecuador 4 <input type="text"/> Panamá 5 <input type="text"/> Canadá 6 <input type="text"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="text"/>	Venezuela 1 <input type="text"/> Estados Unidos 2 <input type="text"/> España 3 <input type="text"/> Ecuador 4 <input type="text"/> Panamá 5 <input type="text"/> Canadá 6 <input type="text"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="text"/>												
47	¿Desde qué año está viviendo allí (NOMBRE)?	Año <table><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table> Si C41 (años) es menor a 15, pase a pregunta 51; Si C41 es 15 o más, continúe	A	A	A	A	Año <table><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table> Si C41 (años) es menor a 15, pase a pregunta 51; Si C41 es 15 o más, continúe	A	A	A	A	Año <table><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table> Si C41 (años) es menor a 15, pase a pregunta 51; Si C41 es 15 o más, continúe	A	A	A	A
A	A	A	A													
A	A	A	A													
A	A	A	A													

LAS PREGUNTAS 48 A 50 SÓLO SON SÓLO PARA PERSONAS QUE EN PREGUNTA 41 TIENEN 15 AÑOS O MÁS				
48	¿(NOMBRE) se fue solo(a) o con su familia?	Sólo 1 <input type="checkbox"/> Pase a 51 Con familia 2 <input type="checkbox"/>	Sólo 1 <input type="checkbox"/> Pase a 51 Con familia 2 <input type="checkbox"/>	Sólo 1 <input type="checkbox"/> Pase a 51 Con familia 2 <input type="checkbox"/>
49	¿(NOMBRE) se fue con la pareja?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
50	¿(NOMBRE) se fue con lo(a)s hijo(a)s?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
51	¿(NOMBRE) vivió en otro país (aparte de Colombia) más de un año, antes de residir donde está viviendo hoy?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase siguiente NOMBRE	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase siguiente NOMBRE	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
LAS PREGUNTAS 52 A 56 INDAGAN SOBRE LAS EXPECTATIVAS DE RECEPCIÓN EN EL HOGAR DE PERSONAS INMIGRANTES				
52	En los próximos 12 meses, ¿vendrán a vivir a este hogar personas que actualmente residen en otro país?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/> } Pase a capítulo C1 (Registro de personas)		
53	¿Cuántas personas espera recibir?	<input type="text"/> <input type="text"/>		
REGISTRE LA INFORMACIÓN DE CADA PERSONA QUE EL HOGAR ESPERA RECIBIR, COMENZADO POR LA PRIMERA QUE VA A LLEGAR				
Datos personas Inmigrantes		Persona 1	Persona 2	Persona 3
54	¿En cuántos meses llegará la persona (NÚMERO)? (si es menos de un mes registre código 00)	Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
55	¿Cuál es el sexo de la persona (NÚMERO)?	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre 3 <input type="checkbox"/> transgénero Mujer 4 <input type="checkbox"/> transgénero	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre 3 <input type="checkbox"/> transgénero Mujer 4 <input type="checkbox"/> transgénero	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre 3 <input type="checkbox"/> transgénero Mujer 4 <input type="checkbox"/> transgénero
56	¿Cuál es la edad de la persona (NÚMERO)? (Si no sabe la edad registre código 999)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pase siguiente persona	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pase siguiente persona	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SECCIÓN C1. REGISTRO DE PERSONAS															
Orden		Nombres completos	Apellidos completos			Edad			Sexo			Inf. Dir		Acepta Enct	
									1	2	3	1	2	1	2
0	1								H	M	I	Sí	No	Sí	No
0	2								H	M	I	Sí	No	Sí	No
0	3								H	M	I	Sí	No	Sí	No
0	4								H	M	I	Sí	No	Sí	No
0	5								H	M	I	Sí	No	Sí	No
0	6								H	M	I	Sí	No	Sí	No

1	¿Hay otras personas que hagan parte de este hogar y que no hayan sido anotadas en la lista anterior? Como por ejemplo niños menores de edad, ancianos, personas internadas en clínicas, personas secuestradas, personas en vacaciones fuera del hogar, etc.	Sí 1 <input type="text"/> Verifique Si es residente habitual y regístrelo No 2 <input type="text"/>
2	¿Alguna o algunas de las personas listadas residen habitualmente en otra parte?	Sí 1 <input type="text"/> Datos personas emigrantes No 2 <input type="text"/>
3	Total de personas en el hogar	Total <input type="text"/> <input type="text"/>



CAPÍTULO D. CARACTERÍSTICAS GENERALES (para todas las personas del hogar)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Las siguientes preguntas buscan identificar los principales datos como edad, sexo, información sobre inmigración al país entre otros temas			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	¿Cuál es el sexo de \${nombre_comple} asignado al nacer ?	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>
1a	¿Con cuál género se identifica?	Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> No binario 3 <input type="checkbox"/> Transexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> No binario 3 <input type="checkbox"/> Transexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>
1b	¿Usted considera que su orientación es:	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Lesbiana 2 <input type="checkbox"/> Gey o Homosexual 3 <input type="checkbox"/> Bisexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Lesbiana 2 <input type="checkbox"/> Gey o Homosexual 3 <input type="checkbox"/> Bisexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>
2	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
3	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si tiene 5 años o más, pase a pregunta 6; Si es menor de 5 años, continúe	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si tiene 5 años o más, pase a pregunta 6; Si es menor de 5 años, continúe
4	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue registrado?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 6	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 6
5	¿En qué lugar fue registrado (NOMBRE)?	Registraduría 1 <input type="checkbox"/> Notaría 2 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 3 <input type="text"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Registraduría 1 <input type="checkbox"/> Notaría 2 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 3 <input type="text"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO D. CARACTERÍSTICAS GENERALES (para todas las personas del hogar)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Las siguientes preguntas buscan identificar los principales datos como edad, sexo, información sobre inmigración al país entre otros temas				
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>
1a	Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> No binario 3 <input type="checkbox"/> Transexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> No binario 3 <input type="checkbox"/> Transexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> No binario 3 <input type="checkbox"/> Transexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> No binario 3 <input type="checkbox"/> Transexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>
1b	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Lesbiana 2 <input type="checkbox"/> Gey o Homosexual 3 <input type="checkbox"/> Bisexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Lesbiana 2 <input type="checkbox"/> Gey o Homosexual 3 <input type="checkbox"/> Bisexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Lesbiana 2 <input type="checkbox"/> Gey o Homosexual 3 <input type="checkbox"/> Bisexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Lesbiana 2 <input type="checkbox"/> Gey o Homosexual 3 <input type="checkbox"/> Bisexual 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>
2	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
3	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si tiene 5 años o más, pase a pregunta 6; Si es menor de 5 años, continúe	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si tiene 5 años o más, pase a pregunta 6; Si es menor de 5 años, continúe	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si tiene 5 años o más, pase a pregunta 6; Si es menor de 5 años, continúe	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si tiene 5 años o más, pase a pregunta 6; Si es menor de 5 años, continúe
4	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 6	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 6	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 6	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 6
5	Registraduría 1 <input type="checkbox"/> Notaría 2 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 3 <input type="text"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Registraduría 1 <input type="checkbox"/> Notaría 2 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 3 <input type="text"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Registraduría 1 <input type="checkbox"/> Notaría 2 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 3 <input type="text"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Registraduría 1 <input type="checkbox"/> Notaría 2 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 3 <input type="text"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>

6	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el(la) jefe(a) del hogar?	Jefe(a) de hogar	1	<input type="checkbox"/>	Jefe(a) de hogar	1	<input type="checkbox"/>	Jefe(a) de hogar	1	<input type="checkbox"/>	Jefe(a) de hogar	1	<input type="checkbox"/>		
		Cónyuge	2	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	2	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	2	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	2	<input type="checkbox"/>		
		Hijo(a)	3	<input type="checkbox"/>	Hijo(a)	3	<input type="checkbox"/>	Hijo(a)	3	<input type="checkbox"/>	Hijo(a)	3	<input type="checkbox"/>		
		Yerno o nuera	4	<input type="checkbox"/>	Yerno o nuera	4	<input type="checkbox"/>	Yerno o nuera	4	<input type="checkbox"/>	Yerno o nuera	4	<input type="checkbox"/>		
		Nieto(a)	5	<input type="checkbox"/>	Nieto(a)	5	<input type="checkbox"/>	Nieto(a)	5	<input type="checkbox"/>	Nieto(a)	5	<input type="checkbox"/>		
		Padre o madre	6	<input type="checkbox"/>	Padre o madre	6	<input type="checkbox"/>	Padre o madre	6	<input type="checkbox"/>	Padre o madre	6	<input type="checkbox"/>		
		Suegro(a)	7	<input type="checkbox"/>	Suegro(a)	7	<input type="checkbox"/>	Suegro(a)	7	<input type="checkbox"/>	Suegro(a)	7	<input type="checkbox"/>		
		Hermano(a)	8	<input type="checkbox"/>	Hermano(a)	8	<input type="checkbox"/>	Hermano(a)	8	<input type="checkbox"/>	Hermano(a)	8	<input type="checkbox"/>		
		Cuñado(a)	9	<input type="checkbox"/>	Cuñado(a)	9	<input type="checkbox"/>	Cuñado(a)	9	<input type="checkbox"/>	Cuñado(a)	9	<input type="checkbox"/>		
		Hijo(a) no biológico(a)	10	<input type="checkbox"/>	Hijo(a) no biológico(a)	10	<input type="checkbox"/>	Hijo(a) no biológico(a)	10	<input type="checkbox"/>	Hijo(a) no biológico(a)	10	<input type="checkbox"/>		
		Otro familiar	11	<input type="checkbox"/>	Otro familiar	11	<input type="checkbox"/>	Otro familiar	11	<input type="checkbox"/>	Otro familiar	11	<input type="checkbox"/>		
		No pariente	12	<input type="checkbox"/>	No pariente	12	<input type="checkbox"/>	No pariente	12	<input type="checkbox"/>	No pariente	12	<input type="checkbox"/>		
		Empleado(a) doméstico(a)	13	<input type="checkbox"/>	Empleado(a) doméstico(a)	13	<input type="checkbox"/>	Empleado(a) doméstico(a)	13	<input type="checkbox"/>	Empleado(a) doméstico(a)	13	<input type="checkbox"/>		
		Pariente del Empleado(a) doméstico(a)	14	<input type="checkbox"/>	Pariente del Empleado(a) doméstico(a)	14	<input type="checkbox"/>	Pariente del Empleado(a) doméstico(a)	14	<input type="checkbox"/>	Pariente del Empleado(a) doméstico(a)	14	<input type="checkbox"/>		
		Pensionista	15	<input type="checkbox"/>	Pensionista	15	<input type="checkbox"/>	Pensionista	15	<input type="checkbox"/>	Pensionista	15	<input type="checkbox"/>		
Si en pregunta 3 (edad) tiene entre 15 y 24 años, continúe; de lo contrario, pase a pregunta 8				Si en pregunta 3 (edad) tiene entre 15 y 24 años, continúe; de lo contrario, pase a pregunta 8				Si en pregunta 3 (edad) tiene entre 15 y 24 años, continúe; de lo contrario, pase a pregunta 8				Si en pregunta 3 (edad) tiene entre 15 y 24 años, continúe; de lo contrario, pase a pregunta 8			
7	Cuando tenía entre 12 y 14 años, ¿(NOMBRE) vivía principalmente con:	Padre y madre biológicos	1	<input type="checkbox"/>	Padre y madre biológicos	1	<input type="checkbox"/>	Padre y madre biológicos	1	<input type="checkbox"/>	Padre y madre biológicos	1	<input type="checkbox"/>		
		Sólo con la madre biológica	2	<input type="checkbox"/>	Sólo con la madre biológica	2	<input type="checkbox"/>	Sólo con la madre biológica	2	<input type="checkbox"/>	Sólo con la madre biológica	2	<input type="checkbox"/>		
		Sólo con el padre biológico	3	<input type="checkbox"/>	Sólo con el padre biológico	3	<input type="checkbox"/>	Sólo con el padre biológico	3	<input type="checkbox"/>	Sólo con el padre biológico	3	<input type="checkbox"/>		
		Madre biológica y padrastro	4	<input type="checkbox"/>	Madre biológica y padrastro	4	<input type="checkbox"/>	Madre biológica y padrastro	4	<input type="checkbox"/>	Madre biológica y padrastro	4	<input type="checkbox"/>		
		Padre biológico y madrastra	5	<input type="checkbox"/>	Padre biológico y madrastra	5	<input type="checkbox"/>	Padre biológico y madrastra	5	<input type="checkbox"/>	Padre biológico y madrastra	5	<input type="checkbox"/>		
		Personas diferentes a padre y madre	6	<input type="checkbox"/>	Personas diferentes a padre y madre	6	<input type="checkbox"/>	Personas diferentes a padre y madre	6	<input type="checkbox"/>	Personas diferentes a padre y madre	6	<input type="checkbox"/>		
		Pareja o cónyuge	7	<input type="checkbox"/>	Pareja o cónyuge	7	<input type="checkbox"/>	Pareja o cónyuge	7	<input type="checkbox"/>	Pareja o cónyuge	7	<input type="checkbox"/>		
		Solo(a)	8	<input type="checkbox"/>	Solo(a)	8	<input type="checkbox"/>	Solo(a)	8	<input type="checkbox"/>	Solo(a)	8	<input type="checkbox"/>		
		No sabe o No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No sabe o No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No sabe o No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No sabe o No recuerda	9	<input type="checkbox"/>		

8	De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, (NOMBRE) es o se reconoce como:	Indígena 1 <input type="checkbox"/> Gitano(a) Rrom 2 <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago 3 <input type="checkbox"/>  Palenquero(a) de San Basilio 4 <input type="checkbox"/> Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente 5 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores 6 <input type="checkbox"/>	Indígena 1 <input type="checkbox"/> Gitano(a) Rrom 2 <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago 3 <input type="checkbox"/>  Palenquero(a) de San Basilio 4 <input type="checkbox"/> Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente 5 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores 6 <input type="checkbox"/>
9	La madre biológica de (NOMBRE) ¿vive en este hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 13 Orden <input type="checkbox"/> Pase a 15	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 13 Orden <input type="checkbox"/> Pase a 15
10	¿La madre biológica de (NOMBRE) vive en el país o en el exterior?	En el país 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 En el exterior 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 12	En el país 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 En el exterior 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 12
11	¿En qué país vive la madre biológica de (NOMBRE)?	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
12	¿Cuál es el estado civil actual de la madre biológica de (NOMBRE)?	Casada 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separada 3 <input type="checkbox"/> Divorciada 4 <input type="checkbox"/> Viuda 5 <input type="checkbox"/> Soltera 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Casada 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separada 3 <input type="checkbox"/> Divorciada 4 <input type="checkbox"/> Viuda 5 <input type="checkbox"/> Soltera 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
13	¿Cuántos hijos(as) incluido(a) (NOMBRE), nacido(a)s vivo(a)s ha tenido o tuvo la madre biológica de (NOMBRE)?	Total hijos/hijas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>	Total hijos/hijas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>
14	¿Qué edad tenía la madre biológica de (NOMBRE) cuando tuvo el (la) primer(a) o único(a) hijo/hija? (Si no sabe la edad registre código 999)	Años <input type="text"/>	Años <input type="text"/>

8	Indígena 1 <input type="checkbox"/> Gitano(a) Rrom 2 <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago 3 <input type="checkbox"/>  Palenquero(a) de San Basilio 4 <input type="checkbox"/> Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente 5 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores 6 <input type="checkbox"/>	Indígena 1 <input type="checkbox"/> Gitano(a) Rrom 2 <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago 3 <input type="checkbox"/>  Palenquero(a) de San Basilio 4 <input type="checkbox"/> Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente 5 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores 6 <input type="checkbox"/>	Indígena 1 <input type="checkbox"/> Gitano(a) Rrom 2 <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago 3 <input type="checkbox"/>  Palenquero(a) de San Basilio 4 <input type="checkbox"/> Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente 5 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores 6 <input type="checkbox"/>
9	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 13 Orden <input type="checkbox"/> Pase a 15	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 13 Orden <input type="checkbox"/> Pase a 15	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 13 Orden <input type="checkbox"/> Pase a 15
10	En el país 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 En el exterior 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 12	En el país 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 En el exterior 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 12	En el país 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 En el exterior 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 12
11	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
12	Casada 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separada 3 <input type="checkbox"/> Divorciada 4 <input type="checkbox"/> Viuda 5 <input type="checkbox"/> Soltera 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Casada 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separada 3 <input type="checkbox"/> Divorciada 4 <input type="checkbox"/> Viuda 5 <input type="checkbox"/> Soltera 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Casada 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separada 3 <input type="checkbox"/> Divorciada 4 <input type="checkbox"/> Viuda 5 <input type="checkbox"/> Soltera 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
13	Total hijos/hijas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>	Total hijos/hijas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>	Total hijos/hijas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>
14	Años <input type="text"/>	Años <input type="text"/>	Años <input type="text"/>

15	El padre biológico de (NOMBRE) ¿vive en este hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, vive en otro hogar 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 17 Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 18	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, vive en otro hogar 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 17 Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 18
16	¿Cuál es el estado conyugal actual del padre biológico de (NOMBRE)?	Casado 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separado 3 <input type="checkbox"/> Divorciado 4 <input type="checkbox"/> Viudo 5 <input type="checkbox"/> Nunca unido 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Casado 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separado 3 <input type="checkbox"/> Divorciado 4 <input type="checkbox"/> Viudo 5 <input type="checkbox"/> Nunca unido 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
17	¿Qué edad tenía el padre biológico de (NOMBRE) cuando tuvo el (la) primer(a) o único(a) hijo/hija? <i>(Si no sabe la edad registre código 999)</i>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18	¿Algunas(os) de los(as) hermanas(os) mayores a (NOMBRE), tuvieron hijo(a)s antes de cumplir los 18 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sin hermanos(as) mayores 3 <input type="checkbox"/> No sabe o No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sin hermanos(as) mayores 3 <input type="checkbox"/> No sabe o No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
LAS PREGUNTAS 19 A 36 INDAGAN SOBRE TEMAS RELACIONADOS A LA MIGRACIÓN			
19	¿Cuál fue el lugar de nacimiento de (NOMBRE)?	Este municipio 1 <input type="checkbox"/> Otro municipio de este departamento 2 <input type="checkbox"/> Otro departamento 3 <input type="checkbox"/> Otro país 4 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Este municipio 1 <input type="checkbox"/> Otro municipio de este departamento 2 <input type="checkbox"/> Otro departamento 3 <input type="checkbox"/> Otro país 4 <input type="checkbox"/> Pase a 21
20	¿(NOMBRE) siempre ha vivido en este municipio?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 37 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 37 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22
21	¿En qué país nació (NOMBRE)?	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="text"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="text"/>

15	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, vive en otro hogar 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 17 Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 18	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, vive en otro hogar 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 17 Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 18	Sí 1 <input type="checkbox"/> No, vive en otro hogar 2 <input type="checkbox"/> Continúe No, falleció 3 <input type="checkbox"/> Pase a 17 Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 18
16	Casado 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separado 3 <input type="checkbox"/> Divorciado 4 <input type="checkbox"/> Viudo 5 <input type="checkbox"/> Nunca unido 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Casado 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separado 3 <input type="checkbox"/> Divorciado 4 <input type="checkbox"/> Viudo 5 <input type="checkbox"/> Nunca unido 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Casado 1 <input type="checkbox"/> Unión libre 2 <input type="checkbox"/> Separado 3 <input type="checkbox"/> Divorciado 4 <input type="checkbox"/> Viudo 5 <input type="checkbox"/> Nunca unido 6 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
17	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sin hermanos(as) mayores 3 <input type="checkbox"/> No sabe o No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sin hermanos(as) mayores 3 <input type="checkbox"/> No sabe o No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sin hermanos(as) mayores 3 <input type="checkbox"/> No sabe o No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
LAS PREGUNTAS 19 A 36 INDAGAN SOBRE TEMAS RELACIONADOS A LA MIGRACIÓN			
19	Este municipio 1 <input type="checkbox"/> Otro municipio de este departamento 2 <input type="checkbox"/> Otro departamento 3 <input type="checkbox"/> Otro país 4 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Este municipio 1 <input type="checkbox"/> Otro municipio de este departamento 2 <input type="checkbox"/> Otro departamento 3 <input type="checkbox"/> Otro país 4 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Este municipio 1 <input type="checkbox"/> Otro municipio de este departamento 2 <input type="checkbox"/> Otro departamento 3 <input type="checkbox"/> Otro país 4 <input type="checkbox"/> Pase a 21
20	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 37 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 37 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 37 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22
21	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="text"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="text"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="text"/>

22	¿(NOMBRE) Ha vivido en este municipio de manera continua desde enero de 2019?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 31 No 2 <input type="checkbox"/> No había nacido en enero de 2019 3 <input type="checkbox"/> Pase a 37	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 31 No 2 <input type="checkbox"/> No había nacido en enero de 2019 3 <input type="checkbox"/> Pase a 37
23	¿En qué mes y año se vino a vivir (NOMBRE) a (NOMBRE DEL MUNICIPIO)?	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24	¿Dónde vivía (NOMBRE) antes de venir a (NOMBRE DEL MUNICIPIO)?	Otro municipio de este departamento 1 <input type="checkbox"/> Otro departamento 2 <input type="checkbox"/> Otro país 3 <input type="checkbox"/> Pase a 26	Otro municipio de este departamento 1 <input type="checkbox"/> Otro departamento 2 <input type="checkbox"/> Otro país 3 <input type="checkbox"/> Pase a 26
25	¿En cuál país?	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
26	¿(NOMBRE) vivía en la cabecera municipal, en un centro poblado o en el rural disperso?	Cabecera municipal 1 <input type="checkbox"/> Centro poblado 2 <input type="checkbox"/> Rural disperso 3 <input type="checkbox"/>	Cabecera municipal 1 <input type="checkbox"/> Centro poblado 2 <input type="checkbox"/> Rural disperso 3 <input type="checkbox"/>
		Desplazamiento forzado por grupos armados o delincuencia 1 <input type="checkbox"/> Otros hechos de violencia (diferentes a desplazamiento forzado) 2 <input type="checkbox"/> Fenómenos naturales 3 <input type="checkbox"/>	Desplazamiento forzado por grupos armados o delincuencia 1 <input type="checkbox"/> Otros hechos de violencia (diferentes a desplazamiento forzado) 2 <input type="checkbox"/> Fenómenos naturales 3 <input type="checkbox"/>
22	¿(NOMBRE) Ha vivido en este municipio de manera continua desde enero de 2019?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 31 No 2 <input type="checkbox"/> No había nacido en enero de 2019 3 <input type="checkbox"/> Pase a 37	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 31 No 2 <input type="checkbox"/> No había nacido en enero de 2019 3 <input type="checkbox"/> Pase a 37
23	¿En qué mes y año se vino a vivir (NOMBRE) a (NOMBRE DEL MUNICIPIO)?	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24	¿Dónde vivía (NOMBRE) antes de venir a (NOMBRE DEL MUNICIPIO)?	Otro municipio de este departamento 1 <input type="checkbox"/> Otro departamento 2 <input type="checkbox"/> Otro país 3 <input type="checkbox"/> Pase a 26	Otro municipio de este departamento 1 <input type="checkbox"/> Otro departamento 2 <input type="checkbox"/> Otro país 3 <input type="checkbox"/> Pase a 26
25	¿En cuál país?	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
26	¿(NOMBRE) vivía en la cabecera municipal, en un centro poblado o en el rural disperso?	Cabecera municipal 1 <input type="checkbox"/> Centro poblado 2 <input type="checkbox"/> Rural disperso 3 <input type="checkbox"/>	Cabecera municipal 1 <input type="checkbox"/> Centro poblado 2 <input type="checkbox"/> Rural disperso 3 <input type="checkbox"/>
		Desplazamiento forzado por grupos armados o delincuencia 1 <input type="checkbox"/> Otros hechos de violencia (diferentes a desplazamiento forzado) 2 <input type="checkbox"/> Fenómenos naturales 3 <input type="checkbox"/>	Desplazamiento forzado por grupos armados o delincuencia 1 <input type="checkbox"/> Otros hechos de violencia (diferentes a desplazamiento forzado) 2 <input type="checkbox"/> Fenómenos naturales 3 <input type="checkbox"/>

27	¿Cuál fue la principal razón por la cual salió (NOMBRE) del último municipio o país donde vivía?	<div>Retornar a este municipio tras reducirse el conflicto4<input type="checkbox"/></div> <div>Busca de mejoras económicas5<input type="checkbox"/></div> <div>Razones de educación6<input type="checkbox"/></div> <div>Razones de salud7<input type="checkbox"/></div> <div>Razones familiares8<input type="checkbox"/></div> <div>Solicitud de asilo o refugio9<input type="checkbox"/></div> <div>Para dirigirse a un país diferente a Colombia10<input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál?11<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 29</div>	<div>Retornar a este municipio tras reducirse el conflicto4<input type="checkbox"/></div> <div>Busca de mejoras económicas5<input type="checkbox"/></div> <div>Razones de educación6<input type="checkbox"/></div> <div>Razones de salud7<input type="checkbox"/></div> <div>Razones familiares8<input type="checkbox"/></div> <div>Solicitud de asilo o refugio9<input type="checkbox"/></div> <div>Para dirigirse a un país diferente a Colombia10<input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál?11<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 29</div>
28	¿En qué año fue desplazado(a) por última o única vez?	<div>Año</div> <div><input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/></div>	<div>Año</div> <div><input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/></div>
29	¿Cuántas personas de la familia de (NOMBRE) vinieron con (NOMBRE)?	<div>Personas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si la cantidad de personas es 0, pase a pregunta 31; Si es 1 o más, continúe</div>	<div>Personas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si la cantidad de personas es 0, pase a pregunta 31; Si es 1 o más, continúe</div>
30	¿Quiénes vinieron con (NOMBRE)?	<div>a. Pareja1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Hijos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Suegros o padres1<input type="checkbox"/></div> <div>d. Hermanos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>e. Otros familiares, ¿cuáles?1<input type="checkbox"/></div>	<div>a. Pareja1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Hijos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Suegros o padres1<input type="checkbox"/></div> <div>d. Hermanos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>e. Otros familiares, ¿cuáles?1<input type="checkbox"/></div>
31	¿Dónde vivía (NOMBRE) en diciembre de 2018?	<div>No había nacido en diciembre de 20181<input type="checkbox"/></div> <div>Este municipio2<input type="checkbox"/></div> <div>Otro municipio de este departamento3<input type="checkbox"/></div> <div>Otro departamento4<input type="checkbox"/></div> <div>Otro país5<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 37</div>	<div>No había nacido en diciembre de 20181<input type="checkbox"/></div> <div>Este municipio2<input type="checkbox"/></div> <div>Otro municipio de este departamento3<input type="checkbox"/></div> <div>Otro departamento4<input type="checkbox"/></div> <div>Otro país5<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 37</div>

27	Retornar a este municipio tras reducirse el conflicto4 <input type="checkbox"/>	Retornar a este municipio tras reducirse el conflicto4 <input type="checkbox"/>	Retornar a este municipio tras reducirse el conflicto4 <input type="checkbox"/>	Retornar a este municipio tras reducirse el conflicto4 <input type="checkbox"/>
	Busca de mejoras económicas5 <input type="checkbox"/>	Busca de mejoras económicas5 <input type="checkbox"/>	Busca de mejoras económicas5 <input type="checkbox"/>	Busca de mejoras económicas5 <input type="checkbox"/>
	Razones de educación6 <input type="checkbox"/>	Razones de educación6 <input type="checkbox"/>	Razones de educación6 <input type="checkbox"/>	Razones de educación6 <input type="checkbox"/>
	Razones de salud7 <input type="checkbox"/>	Razones de salud7 <input type="checkbox"/>	Razones de salud7 <input type="checkbox"/>	Razones de salud7 <input type="checkbox"/>
	Razones familiares8 <input type="checkbox"/>	Razones familiares8 <input type="checkbox"/>	Razones familiares8 <input type="checkbox"/>	Razones familiares8 <input type="checkbox"/>
	Solicitud de asilo o refugio9 <input type="checkbox"/>	Solicitud de asilo o refugio9 <input type="checkbox"/>	Solicitud de asilo o refugio9 <input type="checkbox"/>	Solicitud de asilo o refugio9 <input type="checkbox"/>
	Para dirigirse a un país diferente a Colombia10 <input type="checkbox"/>	Para dirigirse a un país diferente a Colombia10 <input type="checkbox"/>	Para dirigirse a un país diferente a Colombia10 <input type="checkbox"/>	Para dirigirse a un país diferente a Colombia10 <input type="checkbox"/>
	Otra, ¿cuál?11 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál?11 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál?11 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál?11 <input type="checkbox"/>

28	<div>Año</div> <div><input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/></div>	<div>Año</div> <div><input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/></div>	<div>Año</div> <div><input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/>A<input type="text"/></div>
29	<div>Personas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si la cantidad de personas es 0, pase a pregunta 31; Si es 1 o más, continúe</div>	<div>Personas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si la cantidad de personas es 0, pase a pregunta 31; Si es 1 o más, continúe</div>	<div>Personas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si la cantidad de personas es 0, pase a pregunta 31; Si es 1 o más, continúe</div>
30	<div>a. Pareja1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Hijos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Suegros o padres1<input type="checkbox"/></div> <div>d. Hermanos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>e. Otros familiares, ¿cuáles?1<input type="checkbox"/></div>	<div>a. Pareja1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Hijos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Suegros o padres1<input type="checkbox"/></div> <div>d. Hermanos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>e. Otros familiares, ¿cuáles?1<input type="checkbox"/></div>	<div>a. Pareja1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Hijos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Suegros o padres1<input type="checkbox"/></div> <div>d. Hermanos(as)1<input type="checkbox"/></div> <div>e. Otros familiares, ¿cuáles?1<input type="checkbox"/></div>
31	<div>No había nacido en diciembre de 20181<input type="checkbox"/></div> <div>Este municipio2<input type="checkbox"/></div> <div>Otro municipio de este departamento3<input type="checkbox"/></div> <div>Otro departamento4<input type="checkbox"/></div> <div>Otro país5<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 37</div>	<div>No había nacido en diciembre de 20181<input type="checkbox"/></div> <div>Este municipio2<input type="checkbox"/></div> <div>Otro municipio de este departamento3<input type="checkbox"/></div> <div>Otro departamento4<input type="checkbox"/></div> <div>Otro país5<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 37</div>	<div>No había nacido en diciembre de 20181<input type="checkbox"/></div> <div>Este municipio2<input type="checkbox"/></div> <div>Otro municipio de este departamento3<input type="checkbox"/></div> <div>Otro departamento4<input type="checkbox"/></div> <div>Otro país5<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 37</div>

32	¿En cuál país?	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
33	¿En qué mes y año ingresó (NOMBRE) por última vez a Colombia?	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
34	¿(NOMBRE) Cuenta con alguno de los siguientes documentos de identificación?	Pasaporte 1 <input type="checkbox"/> Visa 2 <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería 3 <input type="checkbox"/> Registro civil, tarjeta de identidad o cédula colombiana 4 <input type="checkbox"/> Permiso especial de permanencia 5 <input type="checkbox"/> Permiso de tránsito temporal 6 <input type="checkbox"/> Permiso especial complementario de permanencia 7 <input type="checkbox"/> Tarjeta de movilidad fronteriza 8 <input type="checkbox"/> Salvoconducto 9 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/> Ninguno 11 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 36</small>	Pasaporte 1 <input type="checkbox"/> Visa 2 <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería 3 <input type="checkbox"/> Registro civil, tarjeta de identidad o cédula colombiana 4 <input type="checkbox"/> Permiso especial de permanencia 5 <input type="checkbox"/> Permiso de tránsito temporal 6 <input type="checkbox"/> Permiso especial complementario de permanencia 7 <input type="checkbox"/> Tarjeta de movilidad fronteriza 8 <input type="checkbox"/> Salvoconducto 9 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/> Ninguno 11 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 36</small>
35	¿La documentación de (NOMBRE) se encuentra vigente?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
36	¿Cuántos meses o años estima permanecer (NOMBRE) en Colombia?	Menos de 6 meses 1 <input type="checkbox"/> Entre 6 y 11 meses 2 <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 años 3 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 años 4 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 años 5 <input type="checkbox"/> Entre 4 y 5 años 6 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 años 3 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 años 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 y 5 años 5 <input type="checkbox"/>

32	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Venezuela 1 <input type="checkbox"/> Estados Unidos 2 <input type="checkbox"/> España 3 <input type="checkbox"/> Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Panamá 5 <input type="checkbox"/> Canadá 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
33	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
34	Pasaporte 1 <input type="checkbox"/> Visa 2 <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería 3 <input type="checkbox"/> Registro civil, tarjeta de identidad o cédula colombiana 4 <input type="checkbox"/> Permiso especial de permanencia 5 <input type="checkbox"/> Permiso de tránsito temporal 6 <input type="checkbox"/> Permiso especial complementario de permanencia 7 <input type="checkbox"/> Tarjeta de movilidad fronteriza 8 <input type="checkbox"/> Salvoconducto 9 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/> Ninguno 11 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 36</small>	Pasaporte 1 <input type="checkbox"/> Visa 2 <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería 3 <input type="checkbox"/> Registro civil, tarjeta de identidad o cédula colombiana 4 <input type="checkbox"/> Permiso especial de permanencia 5 <input type="checkbox"/> Permiso de tránsito temporal 6 <input type="checkbox"/> Permiso especial complementario de permanencia 7 <input type="checkbox"/> Tarjeta de movilidad fronteriza 8 <input type="checkbox"/> Salvoconducto 9 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/> Ninguno 11 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 36</small>	Pasaporte 1 <input type="checkbox"/> Visa 2 <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería 3 <input type="checkbox"/> Registro civil, tarjeta de identidad o cédula colombiana 4 <input type="checkbox"/> Permiso especial de permanencia 5 <input type="checkbox"/> Permiso de tránsito temporal 6 <input type="checkbox"/> Permiso especial complementario de permanencia 7 <input type="checkbox"/> Tarjeta de movilidad fronteriza 8 <input type="checkbox"/> Salvoconducto 9 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/> Ninguno 11 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 36</small>
35	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
36	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 años 3 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 años 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 y 5 años 5 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 años 3 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 años 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 y 5 años 5 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 años 3 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 años 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 y 5 años 5 <input type="checkbox"/>

		Más de 5 años 7 <input type="checkbox"/>	Más de 5 años 6 <input type="checkbox"/>
		No sabe 9 <input type="checkbox"/>	No sabe 9 <input type="checkbox"/>
LAS PREGUNTAS 37 Y 38 BUSCAN DETERMINAR SI LA PERSONA ES VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO Y SI ESTÁ INSCRITA EN RUV PARA UN CORRECTO DILIGENCIAMIENTO TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Según el tercer artículo de la Ley 1448 de 2011 son: aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.  REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS: Herramienta técnica, que busca identificar a la población víctima y sus características y tiene como finalidad mantener información actualizada de la población atendida y realizar el seguimiento de los servicios que el Estado presta a la población afectada por la violencia			
37	¿(NOMBRE) es o se reconoce como Víctima del conflicto armado?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, pase a D39	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, pase a D39
38	¿(NOMBRE) se encuentra en el Registro Único de Víctimas de la Unidad de Víctimas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, continúe	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, continúe
LAS PREGUNTAS 39 Y 40 BUSCAN DETERMINAR SI LA PERSONA ESTÁ EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y SI ESTÁ REGISTRADA ANTE LA ARN, PARA EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: PERSONA EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN: Son los exintegrantes de las FARC-EP que han se han acogido a la reincorporación a la vida civil en el marco del Acuerdo de paz. Este se define como el “proceso integral y sostenible, excepcional y transitorio, que considera los intereses de la comunidad de las Farc-EP en proceso de reincorporación, sus integrantes y sus familias, orientado al fortalecimiento del tejido social en los territorios, a la convivencia y la reconciliación entre quienes los habitan; asimismo, al despliegue y el desarrollo de la actividad productiva y de la democracia local.  AGENCIA DE REINCORPORACIÓN Y NORMALIZACIÓN: Es la entidad de Presidencia de la República que desde 2003 acompaña y brinda asesoría permanente a quienes le apuestan a la paz y hacen tránsito a la legalidad, generando oportunidades que fortalezcan sus capacidades y puedan desenvolverse plenamente como ciudadanos.			
39	¿(NOMBRE) es o se reconoce como Persona en proceso de Reincorporación?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a capítulo E. Salud	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a capítulo E. Salud
40	¿(NOMBRE) se encuentra en el registro de la Agencia para la Reincorporación y Normalización (ARN)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>

		Más de 5 años 6 <input type="checkbox"/>	Más de 5 años 6 <input type="checkbox"/>	Más de 5 años 6 <input type="checkbox"/>
		No sabe 9 <input type="checkbox"/>	No sabe 9 <input type="checkbox"/>	No sabe 9 <input type="checkbox"/>
LAS PREGUNTAS 37 Y 38 BUSCAN DETERMINAR SI LA PERSONA ES VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO Y SI ESTÁ INSCRITA EN RUV PARA UN CORRECTO DILIGENCIAMIENTO TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: Según el tercer artículo de la Ley 1448 de 2011 son: aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.  REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS: Herramienta técnica, que busca identificar a la población víctima y sus características y tiene como finalidad mantener información actualizada de la población atendida y realizar el seguimiento de los servicios que el Estado presta a la población afectada por la violencia				
37	¿(NOMBRE) es o se reconoce como Víctima del conflicto armado?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, pase a D39	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, pase a D39	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, pase a D39
38	¿(NOMBRE) se encuentra en el Registro Único de Víctimas de la Unidad de Víctimas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, continúe	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, continúe	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si D3<18 años, pase a Capítulo E. (Salud); Si D3>=18 años, continúe
LAS PREGUNTAS 39 Y 40 BUSCAN DETERMINAR SI LA PERSONA ESTÁ EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y SI ESTÁ REGISTRADA ANTE LA ARN, PARA EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: PERSONA EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN: Son los exintegrantes de las FARC-EP que han se han acogido a la reincorporación a la vida civil en el marco del Acuerdo de paz. Este se define como el “proceso integral y sostenible, excepcional y transitorio, que considera los intereses de la comunidad de las Farc-EP en proceso de reincorporación, sus integrantes y sus familias, orientado al fortalecimiento del tejido social en los territorios, a la convivencia y la reconciliación entre quienes los habitan; asimismo, al despliegue y el desarrollo de la actividad productiva y de la democracia local.  AGENCIA DE REINCORPORACIÓN Y NORMALIZACIÓN: Es la entidad de Presidencia de la República que desde 2003 acompaña y brinda asesoría permanente a quienes le apuestan a la paz y hacen tránsito a la legalidad, generando oportunidades que fortalezcan sus capacidades y puedan desenvolverse plenamente como ciudadanos.				
39	¿(NOMBRE) es o se reconoce como Persona en proceso de Reincorporación?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a capítulo E. Salud	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a capítulo E. Salud	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a capítulo E. Salud
40	¿(NOMBRE) se encuentra en el registro de la Agencia para la Reincorporación y Normalización (ARN)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>



CAPÍTULO E. SALUD (para todas las personas del hogar)			
	Persona orden 01	Persona orden 02	
Nombre			
Apellidos			
Las siguientes preguntas buscan conocer sobre la afiliación a salud, demanda de los servicios de salud, uso de los servicios de medicina general e identificar a personas con limitaciones funcionales permanentes y el nivel de severidad de estas			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	¿(NOMBRE) está afiliado(a) como cotizante o beneficiario(a) a alguna entidad del Sistema de Seguridad Social en salud?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 4	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 4
2	¿Cuál es la razón principal por la que (NOMBRE) no está afiliado(a) a una entidad de seguridad social en salud?	Por falta de dinero 1 <input type="checkbox"/> Muchos trámites 2 <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido 3 <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse 4 <input type="checkbox"/> No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario) 5 <input type="checkbox"/> Está en trámite de afiliación 6 <input type="checkbox"/> Pase a 4 No hay una entidad cercana 7 <input type="checkbox"/> No conoce los trámites a seguir para realizar la afiliación 8 <input type="checkbox"/> No cuenta con los documentos de identificación válidos para efectuar la afiliación 9 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/>	Por falta de dinero 1 <input type="checkbox"/> Muchos trámites 2 <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido 3 <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse 4 <input type="checkbox"/> No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario) 5 <input type="checkbox"/> Está en trámite de afiliación 6 <input type="checkbox"/> Pase a 4 No hay una entidad cercana 7 <input type="checkbox"/> No conoce los trámites a seguir para realizar la afiliación 8 <input type="checkbox"/> No cuenta con los documentos de identificación válidos para efectuar la afiliación 9 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/>
3	¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado(a) (NOMBRE)?	Contributivo 1 <input type="checkbox"/> Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) 3 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa 9 <input type="checkbox"/>	Contributivo 1 <input type="checkbox"/> Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) 3 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa 9 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO E. SALUD (para todas las personas del hogar)			
	Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Las siguientes preguntas buscan conocer sobre la afiliación a salud, demanda de los servicios de salud, uso de los servicios de medicina general, e identificar a personas con limitaciones funcionales permanentes y el nivel de severidad de estas			
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 4	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 4	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 4
2	Por falta de dinero 1 <input type="checkbox"/> Muchos trámites 2 <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido 3 <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse 4 <input type="checkbox"/> No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario) 5 <input type="checkbox"/> Está en trámite de afiliación 6 <input type="checkbox"/> Pase a 4 No hay una entidad cercana 7 <input type="checkbox"/> No conoce los trámites a seguir para realizar la afiliación 8 <input type="checkbox"/> No cuenta con los documentos de identificación válidos para efectuar la afiliación 9 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/>	Por falta de dinero 1 <input type="checkbox"/> Muchos trámites 2 <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido 3 <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse 4 <input type="checkbox"/> No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario) 5 <input type="checkbox"/> Está en trámite de afiliación 6 <input type="checkbox"/> Pase a 4 No hay una entidad cercana 7 <input type="checkbox"/> No conoce los trámites a seguir para realizar la afiliación 8 <input type="checkbox"/> No cuenta con los documentos de identificación válidos para efectuar la afiliación 9 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/>	Por falta de dinero 1 <input type="checkbox"/> Muchos trámites 2 <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido 3 <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse 4 <input type="checkbox"/> No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario) 5 <input type="checkbox"/> Está en trámite de afiliación 6 <input type="checkbox"/> Pase a 4 No hay una entidad cercana 7 <input type="checkbox"/> No conoce los trámites a seguir para realizar la afiliación 8 <input type="checkbox"/> No cuenta con los documentos de identificación válidos para efectuar la afiliación 9 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿Cuál? 10 <input type="checkbox"/>
3	Contributivo 1 <input type="checkbox"/> Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) 3 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa 9 <input type="checkbox"/>	Contributivo 1 <input type="checkbox"/> Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) 3 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa 9 <input type="checkbox"/>	Contributivo 1 <input type="checkbox"/> Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) 3 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa 9 <input type="checkbox"/>

4	El estado de salud de (NOMBRE) en general, es:	Excelente? 1 <input type="checkbox"/> Muy bueno? 2 <input type="checkbox"/> Bueno? 3 <input type="checkbox"/> Regular? 4 <input type="checkbox"/> Malo? 5 <input type="checkbox"/> Muy malo? 6 <input type="checkbox"/>  <small>Si D1 (sexo)=2 o 2a (mujer) y D3 (edad)=entre 9 y 12 años, continúe; de lo contrario, pase a pregunta 8</small>	Excelente? 1 <input type="checkbox"/> Muy bueno? 2 <input type="checkbox"/> Bueno? 3 <input type="checkbox"/> Regular? 4 <input type="checkbox"/> Malo? 5 <input type="checkbox"/> Muy malo? 6 <input type="checkbox"/>  <small>Si D1 (sexo)=2 o 2a (mujer) y D3 (edad)=entre 9 y 12 años, continúe; de lo contrario, pase a pregunta 8</small>	4	Excelente? 1 <input type="checkbox"/> Muy bueno? 2 <input type="checkbox"/> Bueno? 3 <input type="checkbox"/> Regular? 4 <input type="checkbox"/> Malo? 5 <input type="checkbox"/> Muy malo? 6 <input type="checkbox"/>  <small>Si D1 (sexo)=2 o 2a (mujer) y D3 (edad)=entre 9 y 12 años, continúe; de lo contrario, pase a pregunta 8</small>	Excelente? 1 <input type="checkbox"/> Muy bueno? 2 <input type="checkbox"/> Bueno? 3 <input type="checkbox"/> Regular? 4 <input type="checkbox"/> Malo? 5 <input type="checkbox"/> Muy malo? 6 <input type="checkbox"/>  <small>Si D1 (sexo)=2 o 2a (mujer) y D3 (edad)=entre 9 y 12 años, continúe; de lo contrario, pase a pregunta 8</small>	Excelente? 1 <input type="checkbox"/> Muy bueno? 2 <input type="checkbox"/> Bueno? 3 <input type="checkbox"/> Regular? 4 <input type="checkbox"/> Malo? 5 <input type="checkbox"/> Muy malo? 6 <input type="checkbox"/>  <small>Si D1 (sexo)=2 o 2a (mujer) y D3 (edad)=entre 9 y 12 años, continúe; de lo contrario, pase a pregunta 8</small>
5	¿(A NOMBRE) la han vacunado contra el virus de papiloma humano?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No responde 8 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No responde 8 <input type="checkbox"/>	5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No responde 8 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No responde 8 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No responde 8 <input type="checkbox"/>
6	¿Cuántas dosis de la vacuna de virus de papiloma humano tiene (NOMBRE)?	Una 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Tres 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Una 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Tres 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	6	Una 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Tres 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Una 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Tres 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Una 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Tres 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
7	¿Cuál es la razón principal por la que (NOMBRE) no se ha vacunado?	Queda lejos, es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al Hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>  No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/>  Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No hay quien la lleve 12 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>	Queda lejos, es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al Hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>  No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/>  Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No hay quien la lleve 12 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>	7	Queda lejos, es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al Hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>  No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/>  Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No hay quien la lleve 12 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>	Queda lejos, es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al Hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>  No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/>  Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No hay quien la lleve 12 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>	Queda lejos, es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al Hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>  No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/>  Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No hay quien la lleve 12 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>
8	¿En los últimos treinta días, (NOMBRE) estuvo enfermo(a), tuvo un accidente, tuvo algún problema odontológico, algún evento de violencia u otro problema de salud, que no haya implicado hospitalización?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	8	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14

9	¿Qué problema(s) de salud presentó (NOMBRE) en los últimos treinta días?	a. Enfermedad 1 <input type="checkbox"/> b. Lesiones causadas por un accidente 1 <input type="checkbox"/> c. Odontológico 1 <input type="checkbox"/> d. Lesiones causadas por violencia 1 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Enfermedad 1 <input type="checkbox"/> b. Lesiones causadas por un accidente 1 <input type="checkbox"/> c. Odontológico 1 <input type="checkbox"/> d. Lesiones causadas por violencia 1 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>
10	¿Por este problema de salud (NOMBRE) dejó de asistir a su trabajo, al estudio o no pudo realizar sus actividades cotidianas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12
11	¿Cuántos días dejó (NOMBRE) de asistir al trabajo, al estudio o no pudo realizar sus actividades cotidianas?	Días <input type="text"/>	Días <input type="text"/>
12	¿Qué hizo principalmente (NOMBRE) para tratar el problema de salud?	Ir al médico(a) general, especialista, odontólogo(a), terapeuta, o institución de salud 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14 Ir a la farmacia, droguería o botica 2 <input type="checkbox"/> Usar remedios caseros 3 <input type="checkbox"/> Automedicarse 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Nada 6 <input type="checkbox"/>	Ir al médico(a) general, especialista, odontólogo(a), terapeuta, o institución de salud 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14 Ir a la farmacia, droguería o botica 2 <input type="checkbox"/> Usar remedios caseros 3 <input type="checkbox"/> Automedicarse 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Nada 6 <input type="checkbox"/>
		Falta de tiempo 1 <input type="checkbox"/> No sabe donde prestan servicio 2 <input type="checkbox"/> Horarios de consulta no le sirven 3 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 4 <input type="checkbox"/> No cree en los resultados 5 <input type="checkbox"/> Le queda lejos 6 <input type="checkbox"/> El servicio es de mala calidad 7 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo(a) atendieron 8 <input type="checkbox"/> Filas muy largas 9 <input type="checkbox"/> Lo(a) tratan mal 10 <input type="checkbox"/> Se demora atención en el sitio 11 <input type="checkbox"/>	Falta de tiempo 1 <input type="checkbox"/> No sabe donde prestan servicio 2 <input type="checkbox"/> Horarios de consulta no le sirven 3 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 4 <input type="checkbox"/> No cree en los resultados 5 <input type="checkbox"/> Le queda lejos 6 <input type="checkbox"/> El servicio es de mala calidad 7 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo(a) atendieron 8 <input type="checkbox"/> Filas muy largas 9 <input type="checkbox"/> Lo(a) tratan mal 10 <input type="checkbox"/> Se demora atención en el sitio 11 <input type="checkbox"/>

9	a. Enfermedad 1 <input type="checkbox"/> b. Lesiones causadas por un accidente 1 <input type="checkbox"/> c. Odontológico 1 <input type="checkbox"/> d. Lesiones causadas por violencia 1 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Enfermedad 1 <input type="checkbox"/> b. Lesiones causadas por un accidente 1 <input type="checkbox"/> c. Odontológico 1 <input type="checkbox"/> d. Lesiones causadas por violencia 1 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Enfermedad 1 <input type="checkbox"/> b. Lesiones causadas por un accidente 1 <input type="checkbox"/> c. Odontológico 1 <input type="checkbox"/> d. Lesiones causadas por violencia 1 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>
10	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12
11	Días <input type="text"/>	Días <input type="text"/>	Días <input type="text"/>
12	Ir al médico(a) general, especialista, odontólogo(a), terapeuta, o institución de salud 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14 Ir a la farmacia, droguería o botica 2 <input type="checkbox"/> Usar remedios caseros 3 <input type="checkbox"/> Automedicarse 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Nada 6 <input type="checkbox"/>	Ir al médico(a) general, especialista, odontólogo(a), terapeuta, o institución de salud 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14 Ir a la farmacia, droguería o botica 2 <input type="checkbox"/> Usar remedios caseros 3 <input type="checkbox"/> Automedicarse 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Nada 6 <input type="checkbox"/>	Ir al médico(a) general, especialista, odontólogo(a), terapeuta, o institución de salud 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14 Ir a la farmacia, droguería o botica 2 <input type="checkbox"/> Usar remedios caseros 3 <input type="checkbox"/> Automedicarse 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Nada 6 <input type="checkbox"/>
	Falta de tiempo 1 <input type="checkbox"/> No sabe donde prestan servicio 2 <input type="checkbox"/> Horarios de consulta no le sirven 3 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 4 <input type="checkbox"/> No cree en los resultados 5 <input type="checkbox"/> Le queda lejos 6 <input type="checkbox"/> El servicio es de mala calidad 7 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo(a) atendieron 8 <input type="checkbox"/> Filas muy largas 9 <input type="checkbox"/> Lo(a) tratan mal 10 <input type="checkbox"/> Se demora atención en el sitio 11 <input type="checkbox"/>	Falta de tiempo 1 <input type="checkbox"/> No sabe donde prestan servicio 2 <input type="checkbox"/> Horarios de consulta no le sirven 3 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 4 <input type="checkbox"/> No cree en los resultados 5 <input type="checkbox"/> Le queda lejos 6 <input type="checkbox"/> El servicio es de mala calidad 7 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo(a) atendieron 8 <input type="checkbox"/> Filas muy largas 9 <input type="checkbox"/> Lo(a) tratan mal 10 <input type="checkbox"/> Se demora atención en el sitio 11 <input type="checkbox"/>	Falta de tiempo 1 <input type="checkbox"/> No sabe donde prestan servicio 2 <input type="checkbox"/> Horarios de consulta no le sirven 3 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 4 <input type="checkbox"/> No cree en los resultados 5 <input type="checkbox"/> Le queda lejos 6 <input type="checkbox"/> El servicio es de mala calidad 7 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo(a) atendieron 8 <input type="checkbox"/> Filas muy largas 9 <input type="checkbox"/> Lo(a) tratan mal 10 <input type="checkbox"/> Se demora atención en el sitio 11 <input type="checkbox"/>

13	¿Cuál fue la razón principal por la que (NOMBRE) no solicitó o recibió atención médica?	<div>Demora en asignación de citas12<input type="checkbox"/></div> <div>Transporte muy costoso13<input type="checkbox"/></div> <div>Servicio muy costoso14<input type="checkbox"/></div> <div>Muchos trámites15<input type="checkbox"/></div> <div>La EPS no le autorizó el servicio16<input type="checkbox"/></div> <div>Cree que puede esperar o No se siente muy enfermo(a)17<input type="checkbox"/></div> <div>Le da miedo o temor o no le gusta18<input type="checkbox"/></div> <div>No le explicaron que era importante19<input type="checkbox"/></div> <div>A su edad cree que no es necesario20<input type="checkbox"/></div> <div>Su pareja o sus padres no lo(a) dejaron ir21<input type="checkbox"/></div> <div>No está afiliado(a)22<input type="checkbox"/></div> <div>No sabía que tenía derecho23<input type="checkbox"/></div> <div>No quería que nadie supiera24<input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál?25<input type="checkbox"/></div>	<div>Demora en asignación de citas12<input type="checkbox"/></div> <div>Transporte muy costoso13<input type="checkbox"/></div> <div>Servicio muy costoso14<input type="checkbox"/></div> <div>Muchos trámites15<input type="checkbox"/></div> <div>La EPS no le autorizó el servicio16<input type="checkbox"/></div> <div>Cree que puede esperar o No se siente muy enfermo(a)17<input type="checkbox"/></div> <div>Le da miedo o temor o no le gusta18<input type="checkbox"/></div> <div>No le explicaron que era importante19<input type="checkbox"/></div> <div>A su edad cree que no es necesario20<input type="checkbox"/></div> <div>Su pareja o sus padres no lo(a) dejaron ir21<input type="checkbox"/></div> <div>No está afiliado(a)22<input type="checkbox"/></div> <div>No sabía que tenía derecho23<input type="checkbox"/></div> <div>No quería que nadie supiera24<input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál?25<input type="checkbox"/></div>	13	<div>Demora en asignación de citas12<input type="checkbox"/></div> <div>Transporte muy costoso13<input type="checkbox"/></div> <div>Servicio muy costoso14<input type="checkbox"/></div> <div>Muchos trámites15<input type="checkbox"/></div> <div>La EPS no le autorizó el servicio16<input type="checkbox"/></div> <div>Cree que puede esperar o No se siente muy enfermo(a)17<input type="checkbox"/></div> <div>Le da miedo o temor o no le gusta18<input type="checkbox"/></div> <div>No le explicaron que era importante19<input type="checkbox"/></div> <div>A su edad cree que no es necesario20<input type="checkbox"/></div> <div>Su pareja o sus padres no lo(a) dejaron ir21<input type="checkbox"/></div> <div>No está afiliado(a)22<input type="checkbox"/></div> <div>No sabía que tenía derecho23<input type="checkbox"/></div> <div>No quería que nadie supiera24<input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál?25<input type="checkbox"/></div>	<div>Demora en asignación de citas12<input type="checkbox"/></div> <div>Transporte muy costoso13<input type="checkbox"/></div> <div>Servicio muy costoso14<input type="checkbox"/></div> <div>Muchos trámites15<input type="checkbox"/></div> <div>La EPS no le autorizó el servicio16<input type="checkbox"/></div> <div>Cree que puede esperar o No se siente muy enfermo(a)17<input type="checkbox"/></div> <div>Le da miedo o temor o no le gusta18<input type="checkbox"/></div> <div>No le explicaron que era importante19<input type="checkbox"/></div> <div>A su edad cree que no es necesario20<input type="checkbox"/></div> <div>Su pareja o sus padres no lo(a) dejaron ir21<input type="checkbox"/></div> <div>No está afiliado(a)22<input type="checkbox"/></div> <div>No sabía que tenía derecho23<input type="checkbox"/></div> <div>No quería que nadie supiera24<input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál?25<input type="checkbox"/></div>	<div>Demora en asignación de citas12<input type="checkbox"/></div> <div>Transporte muy costoso13<input type="checkbox"/></div> <div>Servicio muy costoso14<input type="checkbox"/></div> <div>Muchos trámites15<input type="checkbox"/></div> <div>La EPS no le autorizó el servicio16<input type="checkbox"/></div> <div>Cree que puede esperar o No se siente muy enfermo(a)17<input type="checkbox"/></div> <div>Le da miedo o temor o no le gusta18<input type="checkbox"/></div> <div>No le explicaron que era importante19<input type="checkbox"/></div> <div>A su edad cree que no es necesario20<input type="checkbox"/></div> <div>Su pareja o sus padres no lo(a) dejaron ir21<input type="checkbox"/></div> <div>No está afiliado(a)22<input type="checkbox"/></div> <div>No sabía que tenía derecho23<input type="checkbox"/></div> <div>No quería que nadie supiera24<input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál?25<input type="checkbox"/></div>																																																																																																																																																																															
14	Usted diría que dada su condición física y mental (Nombre) puede:  a. Oír la voz o los sonidos? b. Hablar o conversar? c. Ver de cerca, de lejos o alrededor? d. Mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras? e. Agarrar o mover objetos con las manos?  f. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)? g. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?	<div>No puede hacerlo Sí, con mucha dificultad Sí, con alguna dificultad Sin dificultad No sabe</div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div>	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	<div>No puede hacerlo Sí, con mucha dificultad Sí, con alguna dificultad Sin dificultad No sabe, no responde</div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div>	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	14	<div>No puede hacerlo Sí, con mucha dificultad Sí, con alguna dificultad Sin dificultad No sabe, no responde</div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div>	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	<div>No puede hacerlo Sí, con mucha dificultad Sí, con alguna dificultad Sin dificultad No sabe, no responde</div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div>	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	<div>No puede hacerlo Sí, con mucha dificultad Sí, con alguna dificultad Sin dificultad No sabe, no responde</div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div> <div><table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>9</td></tr></table></div>	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9	1	2	3	4	9
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		
1	2	3	4	9																																																																																																																																																																																		

	<div>h. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</div> <div>i. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios?</div>	<div><div>12349</div><div>* Si ninguna actividad con código 1 a 3 y D3&lt;5 años, Pase a capítulo F. * Si ninguna actividad con código 1 a 3 y D3 &gt;= 5 años, pase a capítulo G; * Si al menos una actividad con código 1 a 3, continúe</div></div> <div><div>12349</div><div>* Si ninguna actividad con código 1 a 3 y D3&lt;5 años, Pase a capítulo F. * Si ninguna actividad con código 1 a 3 y D3 &gt;= 5 años, pase a capítulo G; * Si al menos una actividad con código 1 a 3, continúe</div></div>	<div><div>12349</div><div>* Si ninguna actividad con código 1 a 3 y D3&lt;5 años, Pase a capítulo F. * Si ninguna actividad con código 1 a 3 y D3 &gt;= 5 años, pase a capítulo G; * Si al menos una actividad con código 1 a 3, continúe</div></div> <div><div>12349</div><div>* Si ninguna actividad con código 1 a 3 y D3&lt;5 años, Pase a capítulo F. * Si ninguna actividad con código 1 a 3 y D3 &gt;= 5 años, pase a capítulo G; * Si al menos una actividad con código 1 a 3, continúe</div></div>
15	<div>De las anteriores dificultades, ¿cuál es la que más afecta el desempeño diario de (NOMBRE)?</div>	<div><div>a. Oír la voz o los sonidos?</div><div>a. Oír la voz o los sonidos?</div><div>b. Hablar o conversar?</div><div>b. Hablar o conversar?</div><div>c. Ver de cerca, de lejos o alrededor?</div><div>c. Ver de cerca, de lejos o alrededor?</div><div>d. Mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras?</div><div>d. Mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras?</div><div>e. Agarrar o mover objetos con las manos?</div><div>e. Agarrar o mover objetos con las manos?</div><div>f. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí</div><div>f. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí</div><div>g. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</div><div>g. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</div><div>h. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</div><div>h. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</div><div>i. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios?</div><div>i. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios?</div></div> <div><div>a. Oír la voz o los sonidos?</div><div>a. Oír la voz o los sonidos?</div><div>b. Hablar o conversar?</div><div>b. Hablar o conversar?</div><div>c. Ver de cerca, de lejos o alrededor?</div><div>c. Ver de cerca, de lejos o alrededor?</div><div>d. Mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras?</div><div>d. Mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras?</div><div>e. Agarrar o mover objetos con las manos?</div><div>e. Agarrar o mover objetos con las manos?</div><div>f. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí</div><div>f. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí</div><div>g. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</div><div>g. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</div><div>h. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</div><div>h. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</div><div>i. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios?</div><div>i. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios?</div></div>	<div><div>a. Oír la voz o los sonidos?</div><div>a. Oír la voz o los sonidos?</div><div>b. Hablar o conversar?</div><div>b. Hablar o conversar?</div><div>c. Ver de cerca, de lejos o alrededor?</div><div>c. Ver de cerca, de lejos o alrededor?</div><div>d. Mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras?</div><div>d. Mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras?</div><div>e. Agarrar o mover objetos con las manos?</div><div>e. Agarrar o mover objetos con las manos?</div><div>f. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí</div><div>f. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí</div><div>g. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</div><div>g. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</div><div>h. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</div><div>h. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</div><div>i. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios?</div><div>i. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios?</div></div> <div><div>a. Oír la voz o los sonidos?</div><div>a. Oír la voz o los sonidos?</div><div>b. Hablar o conversar?</div><div>b. Hablar o conversar?</div><div>c. Ver de cerca, de lejos o alrededor?</div><div>c. Ver de cerca, de lejos o alrededor?</div><div>d. Mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras?</div><div>d. Mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras?</div><div>e. Agarrar o mover objetos con las manos?</div><div>e. Agarrar o mover objetos con las manos?</div><div>f. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí</div><div>f. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí</div><div>g. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</div><div>g. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</div><div>h. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</div><div>h. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</div><div>i. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios?</div><div>i. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios?</div></div>
16	<div>¿Cuál fue la causa de la dificultad que más le afecta a (NOMBRE)?</div>	<div><div>Nació así</div><div>1</div><div>Enfermedad</div><div>2</div><div>Accidente</div><div>3</div><div>Edad avanzada, envejecimiento</div><div>4</div><div>Víctima de hechos violentos</div><div>5</div><div>Participación en grupo armado</div><div>6</div><div>Otra, ¿cuál?</div><div>7</div><div>No sabe</div><div>8</div></div> <div><div>Nació así</div><div>1</div><div>Enfermedad</div><div>2</div><div>Accidente</div><div>3</div><div>Edad avanzada, envejecimiento</div><div>4</div><div>Víctima de hechos violentos</div><div>5</div><div>Participación en grupo armado</div><div>6</div><div>Otra, ¿cuál?</div><div>7</div><div>No sabe</div><div>8</div></div>	<div><div>Nació así</div><div>1</div><div>Enfermedad</div><div>2</div><div>Accidente</div><div>3</div><div>Edad avanzada, envejecimiento</div><div>4</div><div>Víctima de hechos violentos</div><div>5</div><div>Participación en grupo armado</div><div>6</div><div>Otra, ¿cuál?</div><div>7</div><div>No sabe</div><div>8</div></div> <div><div>Nació así</div><div>1</div><div>Enfermedad</div><div>2</div><div>Accidente</div><div>3</div><div>Edad avanzada, envejecimiento</div><div>4</div><div>Víctima de hechos violentos</div><div>5</div><div>Participación en grupo armado</div><div>6</div><div>Otra, ¿cuál?</div><div>7</div><div>No sabe</div><div>8</div></div>

17	¿Quién o quiénes le ayudan a (NOMBRE) a realizar las actividades de la vida diaria:	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>
		¿Cuántas? <input type="text"/>	¿Cuántas? <input type="text"/>	¿Cuántas? <input type="text"/>	¿Cuántas? <input type="text"/>	¿Cuántas? <input type="text"/>
		a. De orden <input type="text"/>	a. De orden <input type="text"/>	a. De orden <input type="text"/>	a. De orden <input type="text"/>	a. De orden <input type="text"/>
		b. De orden <input type="text"/>	b. De orden <input type="text"/>	b. De orden <input type="text"/>	b. De orden <input type="text"/>	b. De orden <input type="text"/>
		c. De orden <input type="text"/>	c. De orden <input type="text"/>	c. De orden <input type="text"/>	c. De orden <input type="text"/>	c. De orden <input type="text"/>
		d. De orden <input type="text"/>	d. De orden <input type="text"/>	d. De orden <input type="text"/>	d. De orden <input type="text"/>	d. De orden <input type="text"/>
		b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>	b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>	b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>	b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>	b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>
		c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>	c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>	c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>	c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>	c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>
		d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>	d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>	d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>	d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>	d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>
		e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>	e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>	e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>	e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>	e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>
		f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>	f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>	f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>	f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>	f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>
		Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.	Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.	Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.	Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.	Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.

17	¿Quién o quiénes le ayudan a (NOMBRE) a realizar las actividades de la vida diaria:	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>	a. Persona(s) del hogar? 1 <input type="text"/>
		¿Cuántas? <input type="text"/>	¿Cuántas? <input type="text"/>	¿Cuántas? <input type="text"/>	¿Cuántas? <input type="text"/>	¿Cuántas? <input type="text"/>
		a. De orden <input type="text"/>	a. De orden <input type="text"/>	a. De orden <input type="text"/>	a. De orden <input type="text"/>	a. De orden <input type="text"/>
		b. De orden <input type="text"/>	b. De orden <input type="text"/>	b. De orden <input type="text"/>	b. De orden <input type="text"/>	b. De orden <input type="text"/>
		c. De orden <input type="text"/>	c. De orden <input type="text"/>	c. De orden <input type="text"/>	c. De orden <input type="text"/>	c. De orden <input type="text"/>
		d. De orden <input type="text"/>	d. De orden <input type="text"/>	d. De orden <input type="text"/>	d. De orden <input type="text"/>	d. De orden <input type="text"/>
		b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>	b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>	b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>	b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>	b. Familiares de otro hogar sin pago 1 <input type="text"/>
		c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>	c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>	c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>	c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>	c. Persona(s) contratada(s) para cuidar sin preparación o formación? 1 <input type="text"/>
		d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>	d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>	d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>	d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>	d. Persona(s) contratada(s) para cuidar con preparación o formación? 1 <input type="text"/>
		e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>	e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>	e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>	e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>	e. No tiene quien le ayude? 2 <input type="text"/>
		f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>	f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>	f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>	f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>	f. No requiere ayuda? 3 <input type="text"/>
		Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.	Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.	Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.	Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.	Si D3 < 5 años, continúe con capítulo F; Si D3 >= 5 años, pase a Capítulo G.

CAPÍTULO F. CUIDADO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (para todas las personas del hogar menores de 5 años)			
	Persona orden 01	Persona orden 02	
Nombre			
Apellidos			
Las siguientes preguntas tienen como fin identificar la persona o institución sobre la cual recae la responsabilidad de la atención y cuidado de los niños menores de 5 años, identificar a los menores de 5 años que reciben atención en preparación a la educación formal, caracterizar a la persona que se encarga del cuidado de los niños menores de 5 años.			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	¿(NOMBRE) asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o institución educativa?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Días a la semana <input type="text"/> Horas diarias <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Días a la semana <input type="text"/> Horas diarias <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/>
2	¿Cuál es la razón principal por la que (NOMBRE) no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio?	No hay una institución cercana 1 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 2 <input type="checkbox"/> No encontró cupo 3 <input type="checkbox"/> Prefiere educarlo(a) en casa 4 <input type="checkbox"/> Tiene un(a) familiar en la casa que lo(a) cuida 5 <input type="checkbox"/>  Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/> Pase a 4	No hay una institución cercana 1 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 2 <input type="checkbox"/> No encontró cupo 3 <input type="checkbox"/> Prefiere educarlo(a) en casa 4 <input type="checkbox"/> Tiene un(a) familiar en la casa que lo(a) cuida 5 <input type="checkbox"/>  Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/> Pase a 4
3	¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio) asiste (NOMBRE)?	Hogar comunitario de Bienestar Familiar 1 <input type="checkbox"/> Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar 2 <input type="checkbox"/> Centro de desarrollo infantil público 3 <input type="checkbox"/> Jardín Social 4 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio oficial 5 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio privado 6 <input type="checkbox"/>	Hogar comunitario de Bienestar Familiar 1 <input type="checkbox"/> Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar 2 <input type="checkbox"/> Centro de desarrollo infantil público 3 <input type="checkbox"/> Jardín Social 4 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio oficial 5 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio privado 6 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO F. CUIDADO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (para todas las personas del hogar menores de 5 años)			
	Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Las siguientes preguntas tienen como fin identificar la persona o institución sobre la cual recae la responsabilidad de la atención y cuidado de los niños menores de 5 años, identificar a los menores de 5 años que reciben atención en preparación a la educación formal, caracterizar a la persona que se encarga del cuidado de los niños menores de 5 años.			
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	Sí 1 <input type="checkbox"/> Días a la semana <input type="text"/> Horas diarias <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Días a la semana <input type="text"/> Horas diarias <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Días a la semana <input type="text"/> Horas diarias <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/>
2	No hay una institución cercana 1 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 2 <input type="checkbox"/> No encontró cupo 3 <input type="checkbox"/> Prefiere educarlo(a) en casa 4 <input type="checkbox"/> Tiene un(a) familiar en la casa que lo(a) cuida 5 <input type="checkbox"/>  Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/> Pase a 4	No hay una institución cercana 1 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 2 <input type="checkbox"/> No encontró cupo 3 <input type="checkbox"/> Prefiere educarlo(a) en casa 4 <input type="checkbox"/> Tiene un(a) familiar en la casa que lo(a) cuida 5 <input type="checkbox"/>  Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/> Pase a 4	No hay una institución cercana 1 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 2 <input type="checkbox"/> No encontró cupo 3 <input type="checkbox"/> Prefiere educarlo(a) en casa 4 <input type="checkbox"/> Tiene un(a) familiar en la casa que lo(a) cuida 5 <input type="checkbox"/>  Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/> Pase a 4
3	Hogar comunitario de Bienestar Familiar 1 <input type="checkbox"/> Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar 2 <input type="checkbox"/> Centro de desarrollo infantil público 3 <input type="checkbox"/> Jardín Social 4 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio oficial 5 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio privado 6 <input type="checkbox"/>	Hogar comunitario de Bienestar Familiar 1 <input type="checkbox"/> Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar 2 <input type="checkbox"/> Centro de desarrollo infantil público 3 <input type="checkbox"/> Jardín Social 4 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio oficial 5 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio privado 6 <input type="checkbox"/>	Hogar comunitario de Bienestar Familiar 1 <input type="checkbox"/> Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar 2 <input type="checkbox"/> Centro de desarrollo infantil público 3 <input type="checkbox"/> Jardín Social 4 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio oficial 5 <input type="checkbox"/> Jardín o colegio privado 6 <input type="checkbox"/>

4	¿Dónde o con quién permanece (NOMBRE) la mayor parte del tiempo de lunes a viernes?	En el hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio	1	<input type="checkbox"/>	En el hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio	1	<input type="checkbox"/>	En el hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio	1	<input type="checkbox"/>	En el hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio	1	<input type="checkbox"/>
		Con su padre o madre en la casa	2	<input type="checkbox"/>	Con su padre o madre en la casa	2	<input type="checkbox"/>	Con su padre o madre en la casa	2	<input type="checkbox"/>	Con su padre o madre en la casa	2	<input type="checkbox"/>
		Con su padre o madre en el trabajo	3	<input type="checkbox"/>	Con su padre o madre en el trabajo	3	<input type="checkbox"/>	Con su padre o madre en el trabajo	3	<input type="checkbox"/>	Con su padre o madre en el trabajo	3	<input type="checkbox"/>
		Con empleado(a) o niño(a) en la casa	4	<input type="checkbox"/>	Con empleado(a) o niño(a) en la casa	4	<input type="checkbox"/>	Con empleado(a) o niño(a) en la casa	4	<input type="checkbox"/>	Con empleado(a) o niño(a) en la casa	4	<input type="checkbox"/>
		Al cuidado de un(a) pariente de 18 años o más	5	<input type="checkbox"/>	Al cuidado de un(a) pariente de 18 años o más	5	<input type="checkbox"/>	Al cuidado de un(a) pariente de 18 años o más	5	<input type="checkbox"/>	Al cuidado de un(a) pariente de 18 años o más	5	<input type="checkbox"/>
		Al cuidado de un(a) pariente menor de 18 años	6	<input type="checkbox"/>	Al cuidado de un(a) pariente menor de 18 años	6	<input type="checkbox"/>	Al cuidado de un(a) pariente menor de 18 años	6	<input type="checkbox"/>	Al cuidado de un(a) pariente menor de 18 años	6	<input type="checkbox"/>
		En casa solo	7	<input type="checkbox"/>	En casa solo	7	<input type="checkbox"/>	En casa solo	7	<input type="checkbox"/>	En casa solo	7	<input type="checkbox"/>
		En otro lugar, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	En otro lugar, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	En otro lugar, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	En otro lugar, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>



CAPÍTULO G. EDUCACIÓN Y MERCADO LABORAL (para las personas de 5 años y más)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Las siguientes preguntas tienen como fin entre otros, establecer la asistencia escolar y el nivel educativo de las personas entrevistadas, las razones de inasistencia de la población en edad escolar, obtener información de trabajo infantil, determinar cuáles personas dentro del hogar están ocupadas, determinar las condiciones en el mercado laboral de las personas de 12 años o más			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	¿(NOMBRE) sabe leer y escribir?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
2	¿Actualmente (NOMBRE) asiste a algún preescolar, escuela, colegio o universidad, de forma presencial o virtual?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/> Si D3 (edad) < 35 años, continúe, Si D3 >= 35 años pase a 4	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/> Si D3 (edad) < 35 años, continúe, Si D3 >= 35 años pase a 4
3		Considera que no está en edad escolar 1 <input type="checkbox"/>	Considera que no está en edad escolar 1 <input type="checkbox"/>
		Considera que ya terminó 2 <input type="checkbox"/>	Considera que ya terminó 2 <input type="checkbox"/>
		Falta de dinero o costos educativos elevados 3 <input type="checkbox"/>	Falta de dinero o costos educativos elevados 3 <input type="checkbox"/>
		Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niño(a)s y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.) 4 <input type="checkbox"/>	Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niño(a)s y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.) 4 <input type="checkbox"/>
		Por embarazo 5 <input type="checkbox"/>	Por embarazo 5 <input type="checkbox"/>
		Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia 6 <input type="checkbox"/>	Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia 6 <input type="checkbox"/>
		Falta de cupo 7 <input type="checkbox"/>	Falta de cupo 7 <input type="checkbox"/>
		No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano 8 <input type="checkbox"/>	No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano 8 <input type="checkbox"/>
		Necesita trabajar 9 <input type="checkbox"/>	Necesita trabajar 9 <input type="checkbox"/>
		No le gusta o no le interesa el estudio 10 <input type="checkbox"/>	No le gusta o no le interesa el estudio 10 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO G. EDUCACIÓN Y MERCADO LABORAL (para las personas de 5 años y más)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Las siguientes preguntas tienen como fin entre otros, establecer la asistencia escolar y el nivel educativo de las personas entrevistadas, las razones de inasistencia de la población en edad escolar, obtener información de trabajo infantil, determinar cuáles personas dentro del hogar están ocupadas, determinar las condiciones en el mercado laboral de las personas de 12 años o más			
Preg.		Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
2		Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/> Si D3 (edad) < 35 años, continúe, Si D3 >= 35 años pase a 4	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/> Si D3 (edad) < 35 años, continúe, Si D3 >= 35 años pase a 4
3		Considera que no está en edad escolar 1 <input type="checkbox"/>	Considera que no está en edad escolar 1 <input type="checkbox"/>
		Considera que ya terminó 2 <input type="checkbox"/>	Considera que ya terminó 2 <input type="checkbox"/>
		Falta de dinero o costos educativos elevados 3 <input type="checkbox"/>	Falta de dinero o costos educativos elevados 3 <input type="checkbox"/>
		Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niño(a)s y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.) 4 <input type="checkbox"/>	Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niño(a)s y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.) 4 <input type="checkbox"/>
		Por embarazo 5 <input type="checkbox"/>	Por embarazo 5 <input type="checkbox"/>
		Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia 6 <input type="checkbox"/>	Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia 6 <input type="checkbox"/>
		Falta de cupo 7 <input type="checkbox"/>	Falta de cupo 7 <input type="checkbox"/>
		No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano 8 <input type="checkbox"/>	No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano 8 <input type="checkbox"/>
		Necesita trabajar 9 <input type="checkbox"/>	Necesita trabajar 9 <input type="checkbox"/>
		No le gusta o no le interesa el estudio 10 <input type="checkbox"/>	No le gusta o no le interesa el estudio 10 <input type="checkbox"/>

		<div>Por enfermedad11<input type="checkbox"/></div> <div>Necesita educación especial12<input type="checkbox"/></div> <div>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual13<input type="checkbox"/></div> <div>Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante14<input type="checkbox"/></div> <div>Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos)15<input type="checkbox"/></div> <div>No conoce los trámites a seguir para acceder al servicio de educación16<input type="checkbox"/></div> <div>No cuenta con los documentos de identificación válidos17<input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál?18<input type="checkbox"/></div>	<div>Por enfermedad11<input type="checkbox"/></div> <div>Necesita educación especial12<input type="checkbox"/></div> <div>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual13<input type="checkbox"/></div> <div>Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante14<input type="checkbox"/></div> <div>Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos)15<input type="checkbox"/></div> <div>No conoce los trámites a seguir para acceder al servicio de educación16<input type="checkbox"/></div> <div>No cuenta con los documentos de identificación válidos17<input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál?18<input type="checkbox"/></div>		<div>Por enfermedad11<input type="checkbox"/></div> <div>Necesita educación especial12<input type="checkbox"/></div> <div>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual13<input type="checkbox"/></div> <div>Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante14<input type="checkbox"/></div> <div>Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos)15<input type="checkbox"/></div> <div>No conoce los trámites a seguir para acceder al servicio de educación16<input type="checkbox"/></div> <div>No cuenta con los documentos de identificación válidos17<input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál?18<input type="checkbox"/></div>	<div>Por enfermedad11<input type="checkbox"/></div> <div>Necesita educación especial12<input type="checkbox"/></div> <div>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual13<input type="checkbox"/></div> <div>Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante14<input type="checkbox"/></div> <div>Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos)15<input type="checkbox"/></div> <div>No conoce los trámites a seguir para acceder al servicio de educación16<input type="checkbox"/></div> <div>No cuenta con los documentos de identificación válidos17<input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál?18<input type="checkbox"/></div>	<div>Por enfermedad11<input type="checkbox"/></div> <div>Necesita educación especial12<input type="checkbox"/></div> <div>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual13<input type="checkbox"/></div> <div>Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante14<input type="checkbox"/></div> <div>Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos)15<input type="checkbox"/></div> <div>No conoce los trámites a seguir para acceder al servicio de educación16<input type="checkbox"/></div> <div>No cuenta con los documentos de identificación válidos17<input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál?18<input type="checkbox"/></div>
4	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por (NOMBRE) y el último año o grado aprobado en ese nivel?	<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div>	<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div>		<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div>	<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div>	<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div>

		<div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría sin título16<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría con título17<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado sin título18<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado con título19<input type="checkbox"/></div> <div>Si D3&lt;12 años, pase a 6, Si D3 &gt;= 12 pase a 12</div>	<div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría sin título16<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría con título17<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado sin título18<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado con título19<input type="checkbox"/></div> <div>Si D3&lt;12 años, pase a 6, Si D3 &gt;= 12 pase a 12</div>		<div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría sin título16<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría con título17<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado sin título18<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado con título19<input type="checkbox"/></div> <div>Si D3&lt;12 años, pase a 6, Si D3 &gt;= 12 pase a 12</div>	<div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría sin título16<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría con título17<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado sin título18<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado con título19<input type="checkbox"/></div> <div>Si D3&lt;12 años, pase a 6, Si D3 &gt;= 12 pase a 12</div>	<div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría sin título16<input type="checkbox"/></div> <div>Maestría con título17<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado sin título18<input type="checkbox"/></div> <div>Doctorado con título19<input type="checkbox"/></div> <div>Si D3&lt;12 años, pase a 6, Si D3 &gt;= 12 pase a 12</div>
5	¿En qué nivel está matriculado(a) (Nombre) y qué grado o año cursa?	<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>16<input type="checkbox"/></div>	<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>16<input type="checkbox"/></div>		<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>16<input type="checkbox"/></div>	<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>16<input type="checkbox"/></div>	<div>NivelGrado o año</div> <div>Ninguno1<input type="checkbox"/></div> <div>Preescolar2<input type="checkbox"/></div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)3<input type="checkbox"/></div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)4<input type="checkbox"/></div> <div>Media clásica (10.º-11.º)5<input type="checkbox"/></div> <div>Media técnica (10.º-11.º)6<input type="checkbox"/></div> <div>Normalista (10.º-13.º)7<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico sin título8<input type="checkbox"/></div> <div>Técnico con título9<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico sin título10<input type="checkbox"/></div> <div>Tecnológico con título11<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario sin título12<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario con título13<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización sin título14<input type="checkbox"/></div> <div>Especialización con título15<input type="checkbox"/></div> <div>16<input type="checkbox"/></div>

		Maestría sin título 17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maestría con título 18 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado sin título 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado con título Si D3 (edad) < 12 años, continúe, Si D3 >= 12 años pase a 12	Maestría sin título 17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maestría con título 18 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado sin título 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado con título Si D3 (edad) < 12 años, continúe, Si D3 >= 12 años pase a 12
TRABAJO INFANTIL (para personas de 5 a 11 años)			
LAS PREGUNTAS 6 A 11 TOMAN INFORMACIÓN SOBRE TRABAJO INFANTIL DE LAS PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS			
6	¿En qué actividad ocupó (NOMBRE) la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/> Estudiando 3 <input type="checkbox"/> haciendo oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/> Es incapacitado(a) permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/> Termine Otra actividad, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/> Estudiando 3 <input type="checkbox"/> haciendo oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/> Es incapacitado(a) permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/> Termine Otra actividad, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
7	Además de lo anterior, ¿(NOMBRE) realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>
8	Aunque (NOMBRE) no trabajó la semana pasada, por una hora o más en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>
9	¿(NOMBRE) trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por una hora o más sin que le pagaran?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>
10	En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿(NOMBRE) hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio? (pidió ayuda a amigos, familiares, etc.; consultó una agencia de empleo; puso o contestó anuncios; llenó una solicitud; buscó recursos para instalar un negocio)	Sí 1 <input type="checkbox"/> } Termine No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> } Termine No 2 <input type="checkbox"/>
11	¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente (NOMBRE) en ese trabajo?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Termine	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Termine

		Maestría sin título 17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maestría con título 18 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado sin título 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado con título Si D3 (edad) < 12 años, continúe, Si D3 >= 12 años pase a 12	Maestría sin título 17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maestría con título 18 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado sin título 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado con título Si D3 (edad) < 12 años, continúe, Si D3 >= 12 años pase a 12	Maestría sin título 17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maestría con título 18 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado sin título 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doctorado con título Si D3 (edad) < 12 años, continúe, Si D3 >= 12 años pase a 12
TRABAJO INFANTIL (para personas de 5 a 11 años)				
LAS PREGUNTAS 6 A 11 TOMAN INFORMACIÓN SOBRE TRABAJO INFANTIL DE LAS PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS				
6	¿En qué actividad ocupó (NOMBRE) la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/> Estudiando 3 <input type="checkbox"/> haciendo oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/> Es incapacitado(a) permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/> Termine Otra actividad, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/> Estudiando 3 <input type="checkbox"/> haciendo oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/> Es incapacitado(a) permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/> Termine Otra actividad, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/> Estudiando 3 <input type="checkbox"/> haciendo oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/> Es incapacitado(a) permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/> Termine Otra actividad, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
7	Además de lo anterior, ¿(NOMBRE) realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>
8	Aunque (NOMBRE) no trabajó la semana pasada, por una hora o más en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>
9	¿(NOMBRE) trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por una hora o más sin que le pagaran?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>
10	En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿(NOMBRE) hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio? (pidió ayuda a amigos, familiares, etc.; consultó una agencia de empleo; puso o contestó anuncios; llenó una solicitud; buscó recursos para instalar un negocio)	Sí 1 <input type="checkbox"/> } Termine No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> } Termine No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> } Termine No 2 <input type="checkbox"/>
11	¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente (NOMBRE) en ese trabajo?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Termine	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Termine	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Termine

MERCADO LABORAL (personas de 12 años y más)			
LAS PREGUNTAS 12 A 19 TOMAN INFORMACIÓN SOBRE MERCADO LABORAL DE LAS PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS			
12	¿En qué actividad ocupó (NOMBRE) la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17
		Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/>	Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/>
		Estudiando 3 <input type="checkbox"/>	Estudiando 3 <input type="checkbox"/>
		Haciendo oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/>	Haciendo oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/>
		Es incapacitado(a) permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/>	Es incapacitado(a) permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/>
		Otra actividad, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Otra actividad, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
		*Si D3 (edad) = 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, pase a 19	*Si D3 (edad) = 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, pase a 19
13	Además de lo anterior, ¿(NOMBRE) realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
14	Aunque (NOMBRE) no trabajó la semana pasada, por una hora o más en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
15	¿(NOMBRE) trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por una hora o más sin que le pagaran?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
16	En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿(NOMBRE) hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio? (pidió ayuda a amigos, familiares, etc.; consultó una agencia de empleo; puso o contestó anuncios; llenó una solicitud; buscó recursos para instalar un negocio)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		*Si D3= 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, pase a 19	*Si D3= 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, pase a 19
17	¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente (NOMBRE) en ese trabajo?	Horas <input type="text"/>	Horas <input type="text"/>
		Director(a), funcionario(a) pública de nivel directivo(a) 1 <input type="checkbox"/>	Director(a), funcionario(a) pública de nivel directivo(a) 1 <input type="checkbox"/>
		Profesional técnico(a) 2 <input type="checkbox"/>	Profesional técnico(a) 2 <input type="checkbox"/>
		Administrativo(a) o asistencial 3 <input type="checkbox"/>	Administrativo(a) o asistencial 3 <input type="checkbox"/>
		Comerciante o vendedor(a) 4 <input type="checkbox"/>	Comerciante o vendedor(a) 4 <input type="checkbox"/>

MERCADO LABORAL (personas de 12 años y más)			
LAS PREGUNTAS 12 A 19 TOMAN INFORMACIÓN SOBRE MERCADO LABORAL DE LAS PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS			
12		Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17
		Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/>	Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/>
		Estudiando 3 <input type="checkbox"/>	Estudiando 3 <input type="checkbox"/>
		Haciendo oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/>	Haciendo oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/>
		Es incapacitado(a) permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/>	Es incapacitado(a) permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/>
		Otra actividad, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Otra actividad, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
		*Si D3 (edad) = 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, pase a 19	*Si D3 (edad) = 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, pase a 19
13		Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
14		Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
15		Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
16		Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		*Si D3= 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, pase a 19	*Si D3= 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, pase a 19
17		Horas <input type="text"/>	Horas <input type="text"/>
		Director(a), funcionario(a) pública de nivel directivo(a) 1 <input type="checkbox"/>	Director(a), funcionario(a) pública de nivel directivo(a) 1 <input type="checkbox"/>
		Profesional técnico(a) 2 <input type="checkbox"/>	Profesional técnico(a) 2 <input type="checkbox"/>
		Administrativo(a) o asistencial 3 <input type="checkbox"/>	Administrativo(a) o asistencial 3 <input type="checkbox"/>
		Comerciante o vendedor(a) 4 <input type="checkbox"/>	Comerciante o vendedor(a) 4 <input type="checkbox"/>

18	En este trabajo (NOMBRE) es:	Trabajador(a) de sector servicios 5 <input type="checkbox"/>	Trabajador(a) de sector servicios 5 <input type="checkbox"/>	18	Trabajador(a) de sector servicios 5 <input type="checkbox"/>	Trabajador(a) de sector servicios 5 <input type="checkbox"/>	Trabajador(a) de sector servicios 5 <input type="checkbox"/>
		Trabajador(a) agropecuario(a) o forestal, pescador(a) cazador(a) 6 <input type="checkbox"/>	Trabajador(a) agropecuario(a) o forestal, pescador(a) cazador(a) 6 <input type="checkbox"/>		Trabajador(a) agropecuario(a) o forestal, pescador(a) cazador(a) 6 <input type="checkbox"/>	Trabajador(a) agropecuario(a) o forestal, pescador(a) cazador(a) 6 <input type="checkbox"/>	Trabajador(a) agropecuario(a) o forestal, pescador(a) cazador(a) 6 <input type="checkbox"/>
		Operario(a) no agrícola, conductor(a) 7 <input type="checkbox"/>	Operario(a) no agrícola, conductor(a) 7 <input type="checkbox"/>		Operario(a) no agrícola, conductor(a) 7 <input type="checkbox"/>	Operario(a) no agrícola, conductor(a) 7 <input type="checkbox"/>	Operario(a) no agrícola, conductor(a) 7 <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/>		Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/>
		*Si D3 = 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, continúe			*Si D3 = 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, continúe		*Si D3 = 12 años termine. *Si D3 entre 13 y 14 años, pase a capítulo H *Si D3 >= 15 años, continúe
19	¿(NOMBRE) está cotizando actualmente a un Fondo de pensiones?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	19	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		Pensionado(a) 3 <input type="checkbox"/>	Pensionado(a) 3 <input type="checkbox"/>		Pensionado(a) 3 <input type="checkbox"/>	Pensionado(a) 3 <input type="checkbox"/>	Pensionado(a) 3 <input type="checkbox"/>
20	¿Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca?	Sí, tiene un negocio en el sector industrial 1 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene un negocio en el sector industrial 1 <input type="checkbox"/>	20	Sí, tiene un negocio en el sector industrial 1 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene un negocio en el sector industrial 1 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene un negocio en el sector industrial 1 <input type="checkbox"/>
		Sí, tiene un negocio en el sector comercial 2 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene un negocio en el sector comercial 2 <input type="checkbox"/>		Sí, tiene un negocio en el sector comercial 2 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene un negocio en el sector comercial 2 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene un negocio en el sector comercial 2 <input type="checkbox"/>
		Sí, tiene un negocio en el sector servicios 3 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene un negocio en el sector servicios 3 <input type="checkbox"/>		Sí, tiene un negocio en el sector servicios 3 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene un negocio en el sector servicios 3 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene un negocio en el sector servicios 3 <input type="checkbox"/>
		Sí, tiene una finca productiva 4 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene una finca productiva 4 <input type="checkbox"/>		Sí, tiene una finca productiva 4 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene una finca productiva 4 <input type="checkbox"/>	Sí, tiene una finca productiva 4 <input type="checkbox"/>
		No tiene un negocio 5 <input type="checkbox"/>	No tiene un negocio 5 <input type="checkbox"/>		No tiene un negocio 5 <input type="checkbox"/>	No tiene un negocio 5 <input type="checkbox"/>	No tiene un negocio 5 <input type="checkbox"/>
21	La empresa, negocio o institución en la que trabaja ¿está registrada o tiene:	Cámara de comercio 1 <input type="checkbox"/>	Cámara de comercio 1 <input type="checkbox"/>	21	Cámara de comercio 1 <input type="checkbox"/>	Cámara de comercio 1 <input type="checkbox"/>	Cámara de comercio 1 <input type="checkbox"/>
		Personería jurídica 2 <input type="checkbox"/>	Personería jurídica 2 <input type="checkbox"/>		Personería jurídica 2 <input type="checkbox"/>	Personería jurídica 2 <input type="checkbox"/>	Personería jurídica 2 <input type="checkbox"/>
		Ambos 3 <input type="checkbox"/>	Ambos 3 <input type="checkbox"/>		Ambos 3 <input type="checkbox"/>	Ambos 3 <input type="checkbox"/>	Ambos 3 <input type="checkbox"/>
		No tiene 4 <input type="checkbox"/>	No tiene 4 <input type="checkbox"/>		No tiene 4 <input type="checkbox"/>	No tiene 4 <input type="checkbox"/>	No tiene 4 <input type="checkbox"/>
22	¿Cuántas personas en total tiene la empresa, negocio, industria, oficina, firma, finca o sitio donde trabaja?	Trabaja solo/a 1 <input type="checkbox"/>	Trabaja solo/a 1 <input type="checkbox"/>	22	Trabaja solo/a 1 <input type="checkbox"/>	Trabaja solo/a 1 <input type="checkbox"/>	Trabaja solo/a 1 <input type="checkbox"/>
		2 a 3 personas 2 <input type="checkbox"/>	2 a 3 personas 2 <input type="checkbox"/>		2 a 3 personas 2 <input type="checkbox"/>	2 a 3 personas 2 <input type="checkbox"/>	2 a 3 personas 2 <input type="checkbox"/>
		4 a 5 personas 3 <input type="checkbox"/>	4 a 5 personas 3 <input type="checkbox"/>		4 a 5 personas 3 <input type="checkbox"/>	4 a 5 personas 3 <input type="checkbox"/>	4 a 5 personas 3 <input type="checkbox"/>
		6 a 10 personas 4 <input type="checkbox"/>	6 a 10 personas 4 <input type="checkbox"/>		6 a 10 personas 4 <input type="checkbox"/>	6 a 10 personas 4 <input type="checkbox"/>	6 a 10 personas 4 <input type="checkbox"/>
		11 a 19 personas 5 <input type="checkbox"/>	11 a 19 personas 5 <input type="checkbox"/>		11 a 19 personas 5 <input type="checkbox"/>	11 a 19 personas 5 <input type="checkbox"/>	11 a 19 personas 5 <input type="checkbox"/>
		20 a 30 personas 6 <input type="checkbox"/>	20 a 30 personas 6 <input type="checkbox"/>		20 a 30 personas 6 <input type="checkbox"/>	20 a 30 personas 6 <input type="checkbox"/>	20 a 30 personas 6 <input type="checkbox"/>
		31 a 50 personas 7 <input type="checkbox"/>	31 a 50 personas 7 <input type="checkbox"/>		31 a 50 personas 7 <input type="checkbox"/>	31 a 50 personas 7 <input type="checkbox"/>	31 a 50 personas 7 <input type="checkbox"/>
		51 a 100 personas 8 <input type="checkbox"/>	51 a 100 personas 8 <input type="checkbox"/>		51 a 100 personas 8 <input type="checkbox"/>	51 a 100 personas 8 <input type="checkbox"/>	51 a 100 personas 8 <input type="checkbox"/>
		101 a 200 personas 9 <input type="checkbox"/>	101 a 200 personas 9 <input type="checkbox"/>		101 a 200 personas 9 <input type="checkbox"/>	101 a 200 personas 9 <input type="checkbox"/>	101 a 200 personas 9 <input type="checkbox"/>
		201 o más personas 10 <input type="checkbox"/>	201 o más personas 10 <input type="checkbox"/>		201 o más personas 10 <input type="checkbox"/>	201 o más personas 10 <input type="checkbox"/>	201 o más personas 10 <input type="checkbox"/>

23	En este trabajo es	Obrero/a o empleado/a de empresa particular	1	<input type="checkbox"/>	Obrero/a o empleado/a de empresa particular	1	<input type="checkbox"/>	Obrero/a o empleado/a de empresa particular	1	<input type="checkbox"/>	Obrero/a o empleado/a de empresa particular	1	<input type="checkbox"/>
		Obrero/a o empleado/a del gobierno	2	<input type="checkbox"/>	Obrero/a o empleado/a del gobierno	2	<input type="checkbox"/>	Obrero/a o empleado/a del gobierno	2	<input type="checkbox"/>	Obrero/a o empleado/a del gobierno	2	<input type="checkbox"/>
		Empleado/a doméstico/a	3	<input type="checkbox"/>	Empleado/a doméstico/a	3	<input type="checkbox"/>	Empleado/a doméstico/a	3	<input type="checkbox"/>	Empleado/a doméstico/a	3	<input type="checkbox"/>
		Trabajador/a por cuenta propia	4	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a por cuenta propia	4	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a por cuenta propia	4	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a por cuenta propia	4	<input type="checkbox"/>
		Patrón/a o empleador/a	5	<input type="checkbox"/>	Patrón/a o empleador/a	5	<input type="checkbox"/>	Patrón/a o empleador/a	5	<input type="checkbox"/>	Patrón/a o empleador/a	5	<input type="checkbox"/>
		Trabajador/a familiar sin remuneración	6	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a familiar sin remuneración	6	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a familiar sin remuneración	6	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a familiar sin remuneración	6	<input type="checkbox"/>
		Trabajador/a sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	7	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	7	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	7	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	7	<input type="checkbox"/>
		Jornalero/a o peón/a	8	<input type="checkbox"/>	Jornalero/a o peón/a	8	<input type="checkbox"/>	Jornalero/a o peón/a	8	<input type="checkbox"/>	Jornalero/a o peón/a	8	<input type="checkbox"/>
Otro/a	9	<input type="checkbox"/>	Otro/a	9	<input type="checkbox"/>	Otro/a	9	<input type="checkbox"/>	Otro/a	9	<input type="checkbox"/>		
		Cuál?			Cuál?			Cuál?			Cuál?		
24	¿Para realizar este trabajo, tiene usted algún tipo de contrato?	Sí, escrito e indefinido	1	<input type="checkbox"/>	Sí, escrito e indefinido	1	<input type="checkbox"/>	Sí, escrito e indefinido	1	<input type="checkbox"/>	Sí, escrito e indefinido	1	<input type="checkbox"/>
		Sí, escrito y a término fijo	2	<input type="checkbox"/>	Sí, escrito y a término fijo	2	<input type="checkbox"/>	Sí, escrito y a término fijo	2	<input type="checkbox"/>	Sí, escrito y a término fijo	2	<input type="checkbox"/>
		Sí, verbal	3	<input type="checkbox"/>	Sí, verbal	3	<input type="checkbox"/>	Sí, verbal	3	<input type="checkbox"/>	Sí, verbal	3	<input type="checkbox"/>
		No	4	<input type="checkbox"/>	No	4	<input type="checkbox"/>	No	4	<input type="checkbox"/>	No	4	<input type="checkbox"/>

CAPÍTULO H. NUPCIALIDAD (para las personas de 13 años o más)																			
		Persona orden 01	Persona orden 02																
Nombre																			
Apellidos																			
Las siguientes preguntas tienen como fin establecer el estado civil y la cantidad de parejas que mujeres entre los 13 y los 49 años, y hombres entre los 13 y 59 años han tenido																			
1	¿Cuál es su estado civil actual?	Casado(a) 1 <input type="checkbox"/> Unido(a) 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Separado(a) o divorciado(a) 3 <input type="checkbox"/> Viudo(a) 4 <input type="checkbox"/> Soltero(a) 5 <input type="checkbox"/> Pase a 24	Casado(a) 1 <input type="checkbox"/> Unido(a) 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Separado(a) o divorciado(a) 3 <input type="checkbox"/> Viudo(a) 4 <input type="checkbox"/> Soltero(a) 5 <input type="checkbox"/> Pase a 24																
2	¿Su cónyuge vive en este hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/>																
3	¿Cuántos años tenía su cónyuge cuando se casaron?	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																
4	¿Cuál es el sexo de su cónyuge?	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre transgénero 3 <input type="checkbox"/> Mujer transgénero 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre trans 3 <input type="checkbox"/> Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>																
5	¿En qué mes y año se casaron?	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A
M	M																		
A	A																		
A	A																		
A	A																		
M	M																		
A	A																		
A	A																		
A	A																		
6	¿Cuántos años tenía usted cuando se casaron?	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																
7	¿Vivió con su cónyuge antes de casarse?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13																
8	¿Su pareja vive en este hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>																
9	¿Cuál es el sexo de su pareja?	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre trans 3 <input type="checkbox"/> Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre trans 3 <input type="checkbox"/> Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>																
10	¿Cuántos años tenía su cónyuge o pareja cuando empezaron a vivir juntos?	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																
11	¿En qué mes y año empezó a vivir con su cónyuge o pareja?	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 13 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 13 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A
M	M																		
A	A																		
A	A																		
A	A																		
M	M																		
A	A																		
A	A																		
A	A																		
12	¿Cuántos años tenía usted cuando empezaron a vivir juntos?	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																
13	Además de su pareja actual, ¿ha estado casado(a) o en unión libre con otras personas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23A	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23A																
14	Sin incluir a su pareja actual, ¿Con cuántas parejas usted ha estado casado(a) o en unión libre?	Parejas <input type="text"/> Pase a 15	Parejas <input type="text"/> Pase a 15																
14A	¿Con cuántas parejas usted ha estado casado(a) o en unión libre?	Parejas <input type="text"/>	Parejas <input type="text"/>																

CAPÍTULO H. NUPCIALIDAD (para las personas de 13 años o más)																											
	Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05																								
Nombre																											
Apellidos																											
Las siguientes preguntas tienen como fin establecer el estado civil y la cantidad de parejas que mujeres entre los 13 y los 49 años, y hombres entre los 13 y 59 años han tenido																											
1	Casado(a) 1 <input type="checkbox"/> Unido(a) 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Separado(a) o divorciado(a) 3 <input type="checkbox"/> Viudo(a) 4 <input type="checkbox"/> Soltero(a) 5 <input type="checkbox"/> Pase a 24	Casado(a) 1 <input type="checkbox"/> Unido(a) 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Separado(a) o divorciado(a) 3 <input type="checkbox"/> Viudo(a) 4 <input type="checkbox"/> Soltero(a) 5 <input type="checkbox"/> Pase a 24	Casado(a) 1 <input type="checkbox"/> Unido(a) 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Separado(a) o divorciado(a) 3 <input type="checkbox"/> Viudo(a) 4 <input type="checkbox"/> Soltero(a) 5 <input type="checkbox"/> Pase a 24																								
2	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/>																								
3	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
4	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre trans 3 <input type="checkbox"/> Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre trans 3 <input type="checkbox"/> Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre trans 3 <input type="checkbox"/> Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>																								
5	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 7 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A
M	M																										
A	A																										
A	A																										
A	A																										
M	M																										
A	A																										
A	A																										
A	A																										
M	M																										
A	A																										
A	A																										
A	A																										
6	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
7	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13																								
8	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Orden <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 11 No 2 <input type="checkbox"/>																								
9	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre trans 3 <input type="checkbox"/> Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre trans 3 <input type="checkbox"/> Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Hombre trans 3 <input type="checkbox"/> Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>																								
10	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
11	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 13 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 13 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A	<table><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> Pase a 13 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	M	M	A	A	A	A	A	A
M	M																										
A	A																										
A	A																										
A	A																										
M	M																										
A	A																										
A	A																										
A	A																										
M	M																										
A	A																										
A	A																										
A	A																										
12	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
13	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23A	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23A	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23A																								
14	Parejas <input type="text"/> Pase a 15	Parejas <input type="text"/> Pase a 15	Parejas <input type="text"/> Pase a 15																								
14	Parejas <input type="text"/>	Parejas <input type="text"/>	Parejas <input type="text"/>																								



CAPÍTULO H. NUPCIALIDAD (para las personas de 13 años o más)				
		Persona orden _____		
Nombre				
Apellidos				
LAS PREGUNTAS 15 A 23 TOMAN INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS CON QUIEN LA PERSONA ENTREVISTADA ESTUVO CASADA O EN UNIÓN LIBRE, REGISTRE LA INFORMACIÓN DE CADA PAREJA COMENZANDO CON LA PRIMERA NO REGISTRE LA INFORMACIÓN DE LA PAREJA ACTUAL SÍ EN LA PREGUNTA 1 LA PERSONA ESTÁ CASADA O EN UNIÓN LIBRE				
Datos de parejas		Primera pareja	Segunda pareja	Tercera pareja
15	¿En qué mes y año empezó a vivir con su (NÚMERO) pareja?	<div><div>M M</div><div>A A A A</div><div>Pase a 17 ←</div><div>No sabe 9</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div><div>Pase a 17 ←</div><div>No sabe 9</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div><div>Pase a 17 ←</div><div>No sabe 9</div></div>
16	¿Cuántos años tenía usted cuando empezaron a vivir con su (NÚMERO) pareja?	Años <div></div>	Años <div></div>	Años <div></div>
17	¿Cuál es(era) el sexo de su (NÚMERO) pareja?	Hombre 1 <div></div> Mujer 2 <div></div> Hombre trans 3 <div></div> Mujer transgé 4 <div></div>	Hombre 1 <div></div> Mujer 2 <div></div> Hombre trans 3 <div></div> Mujer trans 4 <div></div>	Hombre 1 <div></div> Mujer 2 <div></div> Hombre trans 3 <div></div> Mujer trans 4 <div></div>
18	¿Cuántos años tenía su (NÚMERO) pareja? cuando empezaron a vivir juntos? <small>(Si no sabe la edad registre código 999)</small>	Años <div></div>	Años <div></div>	Años <div></div>
19	¿En qué tipo de unión empezó a vivir con su (NÚMERO) pareja?	Matrimonio 1 <div></div> Pase a 21 ← Unión libre 2 <div></div>	Matrimonio 1 <div></div> Pase a 21 ← Unión libre 2 <div></div>	Matrimonio 1 <div></div> Pase a 21 ← Unión libre 2 <div></div>
20	¿Se casó posteriormente con su (NÚMERO) pareja?	Sí 1 <div></div> No 2 <div></div> Pase a 22	Sí 1 <div></div> No 2 <div></div> Pase a 22	Sí 1 <div></div> No 2 <div></div> Pase a 22
21	¿En qué mes y año se casó con su (NÚMERO) pareja?	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>
22	¿En qué mes y año dejó de vivir con su (NÚMERO) pareja?	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>
23	¿Cuál fue la razón por la que dejó de vivir con su (NÚMERO) pareja?	Viudez 1 <div></div> Separación 2 <div></div> Divorcio 3 <div></div> Siguiente pareja	Viudez 1 <div></div> Separación 2 <div></div> Divorcio 3 <div></div> Siguiente pareja	Viudez 1 <div></div> Separación 2 <div></div> Divorcio 3 <div></div> Siguiente pareja

CAPÍTULO H. NUPCIALIDAD (para las personas de 13 años o más)					
		Persona orden _____		Persona orden _____	
LAS PREGUNTAS 15 A 23 TOMAN INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS CON QUIEN LA PERSONA ENTREVISTADA ESTUVO CASADA O EN UNIÓN LIBRE, REGISTRE LA INFORMACIÓN DE CADA PAREJA COMENZANDO CON LA PRIMERA NO REGISTRE LA INFORMACIÓN DE LA PAREJA ACTUAL SÍ EN LA PREGUNTA 1 LA PERSONA ESTÁ CASADA O EN UNIÓN LIBRE					
	Primera pareja	Segunda pareja	Tercera pareja	Primera pareja	Segunda pareja
15	<div><div>M M</div><div>A A A A</div><div>Pase a 17 ←</div><div>No sabe 9</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div><div>Pase a 17 ←</div><div>No sabe 9</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div><div>Pase a 17 ←</div><div>No sabe 9</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div><div>Pase a 17 ←</div><div>No sabe 9</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div><div>Pase a 17 ←</div><div>No sabe 9</div></div>
16	Años <div></div>	Años <div></div>	Años <div></div>	Años <div></div>	Años <div></div>
17	Hombre 1 <div></div> Mujer 2 <div></div> Hombre trans 3 <div></div> Mujer trans 4 <div></div>	Hombre 1 <div></div> Mujer 2 <div></div> Hombre trans 3 <div></div> Mujer trans 4 <div></div>	Hombre 1 <div></div> Mujer 2 <div></div> Hombre trans 3 <div></div> Mujer trans 4 <div></div>	Hombre 1 <div></div> Mujer 2 <div></div> Hombre trans 3 <div></div> Mujer trans 4 <div></div>	Hombre 1 <div></div> Mujer 2 <div></div> Hombre trans 3 <div></div> Mujer trans 4 <div></div>
18	Años <div></div>	Años <div></div>	Años <div></div>	Años <div></div>	Años <div></div>
19	Matrimonio 1 <div></div> Pase a 21 ← Unión libre 2 <div></div>	Matrimonio 1 <div></div> Pase a 21 ← Unión libre 2 <div></div>	Matrimonio 1 <div></div> Pase a 21 ← Unión libre 2 <div></div>	Matrimonio 1 <div></div> Pase a 21 ← Unión libre 2 <div></div>	Matrimonio 1 <div></div> Pase a 21 ← Unión libre 2 <div></div>
20	Sí 1 <div></div> No 2 <div></div> Pase a 22	Sí 1 <div></div> No 2 <div></div> Pase a 22	Sí 1 <div></div> No 2 <div></div> Pase a 22	Sí 1 <div></div> No 2 <div></div> Pase a 22	Sí 1 <div></div> No 2 <div></div> Pase a 22
21	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>
22	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>	<div><div>M M</div><div>A A A A</div></div>
23	Viudez 1 <div></div> Separación 2 <div></div> Divorcio 3 <div></div> Siguiente pareja	Viudez 1 <div></div> Separación 2 <div></div> Divorcio 3 <div></div> Siguiente pareja	Viudez 1 <div></div> Separación 2 <div></div> Divorcio 3 <div></div> Siguiente pareja	Viudez 1 <div></div> Separación 2 <div></div> Divorcio 3 <div></div> Siguiente pareja	Viudez 1 <div></div> Separación 2 <div></div> Divorcio 3 <div></div> Siguiente pareja

CAPÍTULO H. NUPCIALIDAD (para las personas de 13 años o más)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre Apellidos			
23A	Señor(a) encuestador(a), la siguiente pregunta es para que usted la responda sin preguntarle a la fuente, ¿la persona seleccionada a entrevistar es de su mismo sexo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>
23B	Señor(a) encuestador(a), continúe preguntando a la persona encuestada. A continuación, trataremos temas que están relacionados con la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, por tal razón quiero saber, ¿Sí usted, está cómodo(a) en seguir brindándome la información?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>
23C	Informaré a mi supervisor(a) que debe enviar a el/la encuestador(a), para que tome la información con usted. Por favor coordinemos día y hora para que sea visitado(a)	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a la siguiente persona	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a la siguiente persona
INICIO DE PREGUNTAS SOBRE SEXUALIDAD			
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ciertos aspectos sobre sexualidad. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie			
24	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> * Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 (edad) >=50 años pase a pregunta 1 de J3 del capítulo J * Si D1=2 o 2a y D3 (edad) de 13 a 49 años, continúe. * Si D1=1 o1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años, pase a O. Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años pase a Y. * Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años termine  No 2 <input type="checkbox"/> *Si D1= 2 o 2a (mujer) y D3 de 13 a 49 años, continúe. *Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 de 50 a 69 años, pase a X. *Si D1=2 o 2a y D3 >= 70 años, termine. *Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años pase a Q7 *Si D1= 1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años, pase a Y. *Sí D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años, termine.	Sí 1 <input type="checkbox"/> * Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 (edad) >=50 años pase a pregunta 1 de J3 del capítulo J * Si D1=2 o 2a y D3 (edad) de 13 a 49 años, continúe. * Si D1=1 o1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años, pase a O. Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años pase a Y. * Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años termine  No 2 <input type="checkbox"/> *Si D1= 2 o 2a (mujer) y D3 de 13 a 49 años, continúe. *Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 de 50 a 69 años, pase a X. *Si D1=2 o 2a y D3 >= 70 años, termine. *Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años pase a Q7 *Si D1= 1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años, pase a Y. *Sí D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años, termine.

CAPÍTULO H. NUPCIALIDAD (para las personas de 13 años o más)				
	Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05	
23A	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>	
23B	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 24 No 2 <input type="checkbox"/>	
23C	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a la siguiente persona	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a la siguiente persona	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a la siguiente persona	
INICIO DE PREGUNTAS SOBRE SEXUALIDAD				
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ciertos aspectos sobre sexualidad. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie				
24	Sí 1 <input type="checkbox"/> * Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 (edad) >=50 años pase a pregunta 1 de J3 del capítulo J * Si D1=2 o 2a y D3 (edad) de 13 a 49 años, continúe. * Si D1=1 o1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años, pase a O. Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años pase a Y. * Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años termine  No 2 <input type="checkbox"/> *Si D1= 2 o 2a (mujer) y D3 de 13 a 49 años, continúe. *Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 de 50 a 69 años, pase a X. *Si D1=2 o 2a y D3 >= 70 años, termine. *Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años pase a Q7 *Si D1= 1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años, pase a Y. *Sí D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años, termine.	Sí 1 <input type="checkbox"/> * Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 (edad) >=50 años pase a pregunta 1 de J3 del capítulo J * Si D1=2 o 2a y D3 (edad) de 13 a 49 años, continúe. * Si D1=1 o1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años, pase a O. Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años pase a Y. * Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años termine  No 2 <input type="checkbox"/> *Si D1= 2 o 2a (mujer) y D3 de 13 a 49 años, continúe. *Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 de 50 a 69 años, pase a X. *Si D1=2 o 2a y D3 >= 70 años, termine. *Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años pase a Q7 *Si D1= 1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años, pase a Y. *Sí D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años, termine.	Sí 1 <input type="checkbox"/> * Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 (edad) >=50 años pase a pregunta 1 de J3 del capítulo J * Si D1=2 o 2a y D3 (edad) de 13 a 49 años, continúe. * Si D1=1 o1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años, pase a O. Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años pase a Y. * Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años termine  No 2 <input type="checkbox"/> *Si D1= 2 o 2a (mujer) y D3 de 13 a 49 años, continúe. *Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 de 50 a 69 años, pase a X. *Si D1=2 o 2a y D3 >= 70 años, termine. *Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años pase a Q7 *Si D1= 1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años, pase a Y. *Sí D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años, termine.	Sí 1 <input type="checkbox"/> * Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 (edad) >=50 años pase a pregunta 1 de J3 del capítulo J * Si D1=2 o 2a y D3 (edad) de 13 a 49 años, continúe. * Si D1=1 o1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años, pase a O. Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años pase a Y. * Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años termine  No 2 <input type="checkbox"/> *Si D1= 2 o 2a (mujer) y D3 de 13 a 49 años, continúe. *Si D1=2 o 2a (mujer) y D3 de 50 a 69 años, pase a X. *Si D1=2 o 2a y D3 >= 70 años, termine. *Si D1=1 o 1a (hombre) y D3 de 13 a 59 años pase a Q7 *Si D1= 1 o 1a (hombre) y D3 de 60 a 75 años, pase a Y. *Sí D1=1 o 1a (hombre) y D3 >= 76 años, termine.

CAPÍTULO I. SEXUALIDAD - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre la vida sexual de las mujeres de 13 a 49 años de edad entre otros temas			
1	¿A qué edad tuvo su primera menstruación?	Edad Nunca ha menstruado 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4	Edad Nunca ha menstruado 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4
2	¿Cuándo empezó la última regla o menstruación?	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> No informa 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> No informa 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4
3	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última regla?	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Histerectomía 5 <input type="text"/> Menopausia 6 <input type="text"/> Antes del último nacimiento 7 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), continúe	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Histerectomía 5 <input type="text"/> Menopausia 6 <input type="text"/> Antes del último nacimiento 7 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), continúe
LAS PREGUNTAS 4 A 25 SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES			
4	¿Ha tenido relaciones sexuales con hombres?	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a Capítulo J	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a Capítulo J
5	¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>
6	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales vaginales sin condón?	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>
7	¿La primera vez que tuvo relaciones sexuales su pareja usó condón?	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>

CAPÍTULO I. SEXUALIDAD - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.		Opciones de respuesta		
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre la vida sexual de las mujeres de 13 a 49 años de edad entre otros temas				
1	Edad Nunca ha menstruado 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4	Edad Nunca ha menstruado 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4	Edad Nunca ha menstruado 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4	Edad Nunca ha menstruado 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4
2	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> No informa 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> No informa 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> No informa 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> No informa 9 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), Pase a 4
3	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Histerectomía 5 <input type="text"/> Menopausia 6 <input type="text"/> Antes del último nacimiento 7 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), continúe	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Histerectomía 5 <input type="text"/> Menopausia 6 <input type="text"/> Antes del último nacimiento 7 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), continúe	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Histerectomía 5 <input type="text"/> Menopausia 6 <input type="text"/> Antes del último nacimiento 7 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), continúe	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Histerectomía 5 <input type="text"/> Menopausia 6 <input type="text"/> Antes del último nacimiento 7 <input type="text"/> Si H24=2 (No), pase a K19; Si H24=1 (Si), continúe
LAS PREGUNTAS 4 A 25 SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES				
4	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a Capítulo J	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a Capítulo J	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a Capítulo J	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a Capítulo J
5	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>
7	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/>

8	¿Cuál era la edad de la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	Años <div><div></div><div></div><div></div></div> Pase a 12 No sabe exactamente o No recuerda 9 <div></div>	Años <div><div></div><div></div><div></div></div> Pase a 12 No sabe exactamente o No recuerda 9 <div></div>
9	¿Esta persona era mayor que usted, más joven o tenía la misma edad?	Mayor 1 <div></div> Más joven 2 <div></div> Pase a 11 La misma edad 3 <div></div> No sabe 9 <div></div> Pase a 12	Mayor 1 <div></div> Más joven 2 <div></div> Pase a 11 La misma edad 3 <div></div> No sabe 9 <div></div> Pase a 12
10	¿Esta persona era 10 o más años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted?	10 o más años mayor 1 <div></div> Menos de 10 años mayor 2 <div></div> Mayor, no sabe cuánto 9 <div></div> Pase a 12	10 o más años mayor 1 <div></div> Menos de 10 años mayor 2 <div></div> Mayor, no sabe cuánto 9 <div></div> Pase a 12
11	¿Esta persona era 10 o más años menor que usted o menos de 10 años menor que usted?	10 o más años menor 1 <div></div> Menos de 10 años menor 2 <div></div> Menor, no sabe cuánto 9 <div></div>	10 o más años menor 1 <div></div> Menos de 10 años menor 2 <div></div> Menor, no sabe cuánto 9 <div></div>
12	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas?	Días 1 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Semanas 2 <div></div> ¿Cuántas? <div></div> Meses 3 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Años 4 <div></div> Pase a 24 ¿Cuántos? <div></div> No sabe 9 <div></div>	Días 1 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Semanas 2 <div></div> ¿Cuántas? <div></div> Meses 3 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Años 4 <div></div> Pase a 24 ¿Cuántos? <div></div> No sabe 9 <div></div>
13	La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas, ¿Usaron condón?	Sí 1 <div></div> Pase a 15 No 2 <div></div>	Sí 1 <div></div> Pase a 15 No 2 <div></div>
14	¿Cuál es la razón principal por la que no usaron condón?	No es cómodo en la relación 1 <div></div> No sabe donde conseguirlo 2 <div></div> Cree que no es seguro 3 <div></div> Pareja no le gusta usarlo 4 <div></div> Es muy costoso/No tiene dinero 5 <div></div> No tuvo tiempo de comprarlo 6 <div></div> Otra, ¿cuál? 7 <div></div>	No es cómodo en la relación 1 <div></div> No sabe donde conseguirlo 2 <div></div> Cree que no es seguro 3 <div></div> Pareja no le gusta usarlo 4 <div></div> Es muy costoso/No tiene dinero 5 <div></div> No tuvo tiempo de comprarlo 6 <div></div> Otra, ¿cuál? 7 <div></div>

8	Años <div><div></div><div></div><div></div></div> Pase a 12 No sabe exactamente o No recuerda 9 <div></div>	Años <div><div></div><div></div><div></div></div> Pase a 12 No sabe exactamente o No recuerda 9 <div></div>	Años <div><div></div><div></div><div></div></div> Pase a 12 No sabe exactamente o No recuerda 9 <div></div>
9	Mayor 1 <div></div> Más joven 2 <div></div> Pase a 11 La misma edad 3 <div></div> No sabe 9 <div></div> Pase a 12	Mayor 1 <div></div> Más joven 2 <div></div> Pase a 11 La misma edad 3 <div></div> No sabe 9 <div></div> Pase a 12	Mayor 1 <div></div> Más joven 2 <div></div> Pase a 11 La misma edad 3 <div></div> No sabe 9 <div></div> Pase a 12
10	10 o más años mayor 1 <div></div> Menos de 10 años mayor 2 <div></div> Mayor, no sabe cuánto 9 <div></div> Pase a 12	10 o más años mayor 1 <div></div> Menos de 10 años mayor 2 <div></div> Mayor, no sabe cuánto 9 <div></div> Pase a 12	10 o más años mayor 1 <div></div> Menos de 10 años mayor 2 <div></div> Mayor, no sabe cuánto 9 <div></div> Pase a 12
11	10 o más años menor 1 <div></div> Menos de 10 años menor 2 <div></div> Menor, no sabe cuánto 9 <div></div>	10 o más años menor 1 <div></div> Menos de 10 años menor 2 <div></div> Menor, no sabe cuánto 9 <div></div>	10 o más años menor 1 <div></div> Menos de 10 años menor 2 <div></div> Menor, no sabe cuánto 9 <div></div>
12	Días 1 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Semanas 2 <div></div> ¿Cuántas? <div></div> Meses 3 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Años 4 <div></div> Pase a 24 ¿Cuántos? <div></div> No sabe 9 <div></div>	Días 1 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Semanas 2 <div></div> ¿Cuántas? <div></div> Meses 3 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Años 4 <div></div> Pase a 24 ¿Cuántos? <div></div> No sabe 9 <div></div>	Días 1 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Semanas 2 <div></div> ¿Cuántas? <div></div> Meses 3 <div></div> ¿Cuántos? <div></div> Años 4 <div></div> Pase a 24 ¿Cuántos? <div></div> No sabe 9 <div></div>
13	Sí 1 <div></div> Pase a 15 No 2 <div></div>	Sí 1 <div></div> Pase a 15 No 2 <div></div>	Sí 1 <div></div> Pase a 15 No 2 <div></div>
14	No es cómodo en la relación 1 <div></div> No sabe donde conseguirlo 2 <div></div> Cree que no es seguro 3 <div></div> Pareja no le gusta usarlo 4 <div></div> Es muy costoso/No tiene dinero 5 <div></div> No tuvo tiempo de comprarlo 6 <div></div> Otra, ¿cuál? 7 <div></div>	No es cómodo en la relación 1 <div></div> No sabe donde conseguirlo 2 <div></div> Cree que no es seguro 3 <div></div> Pareja no le gusta usarlo 4 <div></div> Es muy costoso/No tiene dinero 5 <div></div> No tuvo tiempo de comprarlo 6 <div></div> Otra, ¿cuál? 7 <div></div>	No es cómodo en la relación 1 <div></div> No sabe donde conseguirlo 2 <div></div> Cree que no es seguro 3 <div></div> Pareja no le gusta usarlo 4 <div></div> Es muy costoso/No tiene dinero 5 <div></div> No tuvo tiempo de comprarlo 6 <div></div> Otra, ¿cuál? 7 <div></div>

15	La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas, ¿Usted o su pareja hicieron algo o utilizaron algún método anticonceptivo diferente a condón para evitar o prevenir un embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica porque está embarazada 3 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica porque está embarazada 3 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>
16	¿Qué método(s) usaron usted o su pareja? (Formule la pregunta y espere respuesta, permite múltiple respuesta)	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU 4 <input type="checkbox"/> e. Inyección mensual 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección trimestral 6 <input type="checkbox"/> g. Implantes subdérmicos 7 <input type="checkbox"/> h. Anillo vaginal 8 <input type="checkbox"/> i. Espuma, jalea, óvulos 9 <input type="checkbox"/>  j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Amenorrea por lactancia 11 <input type="checkbox"/> l. Abstinencia periódica, ritmo 12 <input type="checkbox"/> m. Retiro 13 <input type="checkbox"/> n. Otro método, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU 4 <input type="checkbox"/> e. Inyección mensual 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección trimestral 6 <input type="checkbox"/> g. Implantes subdérmicos 7 <input type="checkbox"/> h. Anillo vaginal 8 <input type="checkbox"/> i. Espuma, jalea, óvulos 9 <input type="checkbox"/>  j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Amenorrea por lactancia 11 <input type="checkbox"/> l. Abstinencia periódica, ritmo 12 <input type="checkbox"/> m. Retiro 13 <input type="checkbox"/> n. Otro método, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>
17	¿Cuál es su relación con la persona con quién tuvo relaciones sexuales penetrativas?	Pareja habitual 1 <input type="checkbox"/> Novio con el que no convive 2 <input type="checkbox"/> Pareja casual (conocido o desconocido) 3 <input type="checkbox"/>  Exesposo o excompañero 4 <input type="checkbox"/> Cliente (trabajadora sexual) 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Pareja habitual 1 <input type="checkbox"/> Novio con el que no convive 2 <input type="checkbox"/> Pareja casual (conocido o desconocido) 3 <input type="checkbox"/>  Exesposo o excompañero 4 <input type="checkbox"/> Cliente (trabajadora sexual) 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
18	Además de esta persona, ¿(NOMBRE) ha tenido relaciones sexuales penetrativas con alguna otra persona en los últimos 12 meses?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 25	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 25
19	La última vez que (NOMBRE) tuvo relaciones sexuales penetrativas con esa segunda persona, ¿Usaron condón?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

15	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica porque está embarazada 3 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica porque está embarazada 3 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica porque está embarazada 3 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>
16	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU 4 <input type="checkbox"/> e. Inyección mensual 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección trimestral 6 <input type="checkbox"/> g. Implantes subdérmicos 7 <input type="checkbox"/> h. Anillo vaginal 8 <input type="checkbox"/> i. Espuma, jalea, óvulos 9 <input type="checkbox"/>  j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Amenorrea por lactancia 11 <input type="checkbox"/> l. Abstinencia periódica, ritmo 12 <input type="checkbox"/> m. Retiro 13 <input type="checkbox"/> n. Otro método, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU 4 <input type="checkbox"/> e. Inyección mensual 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección trimestral 6 <input type="checkbox"/> g. Implantes subdérmicos 7 <input type="checkbox"/> h. Anillo vaginal 8 <input type="checkbox"/> i. Espuma, jalea, óvulos 9 <input type="checkbox"/>  j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Amenorrea por lactancia 11 <input type="checkbox"/> l. Abstinencia periódica, ritmo 12 <input type="checkbox"/> m. Retiro 13 <input type="checkbox"/> n. Otro método, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU 4 <input type="checkbox"/> e. Inyección mensual 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección trimestral 6 <input type="checkbox"/> g. Implantes subdérmicos 7 <input type="checkbox"/> h. Anillo vaginal 8 <input type="checkbox"/> i. Espuma, jalea, óvulos 9 <input type="checkbox"/>  j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Amenorrea por lactancia 11 <input type="checkbox"/> l. Abstinencia periódica, ritmo 12 <input type="checkbox"/> m. Retiro 13 <input type="checkbox"/> n. Otro método, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>
17	Pareja habitual 1 <input type="checkbox"/> Novio con el que no convive 2 <input type="checkbox"/> Pareja casual (conocido o desconocido) 3 <input type="checkbox"/>  Exesposo o excompañero 4 <input type="checkbox"/> Cliente (trabajadora sexual) 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Pareja habitual 1 <input type="checkbox"/> Novio con el que no convive 2 <input type="checkbox"/> Pareja casual (conocido o desconocido) 3 <input type="checkbox"/>  Exesposo o excompañero 4 <input type="checkbox"/> Cliente (trabajadora sexual) 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Pareja habitual 1 <input type="checkbox"/> Novio con el que no convive 2 <input type="checkbox"/> Pareja casual (conocido o desconocido) 3 <input type="checkbox"/>  Exesposo o excompañero 4 <input type="checkbox"/> Cliente (trabajadora sexual) 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
18	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 25	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 25	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 25
19	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

20	¿Qué relación tiene esta segunda persona con usted?	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>
21	Además de estas dos personas, ¿(NOMBRE) ha tenido relaciones sexuales penetrativas con otra persona en los últimos 12 meses?	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 25</div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 25</div>
22	La última vez que (NOMBRE) tuvo relaciones sexuales penetrativas con esa tercera persona, ¿Usaron condón?	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div>
23	¿Qué relación tiene esta tercera persona con usted?	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>
24	Incluyendo a su actual pareja, ¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido (NOMBRE) relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses?	<div>Total en los últimos 12 meses</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>	<div>Total en los últimos 12 meses</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>
25	¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido (NOMBRE) relaciones sexuales penetrativas durante toda la vida?	<div>Total de parejas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>	<div>Total de parejas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>

20	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>
21	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 25</div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 25</div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 25</div>
22	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div>
23	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>	<div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div> <div>Novio con el que no convive2<input type="checkbox"/></div> <div>Pareja casual (conocido o desconocido)3<input type="checkbox"/></div> <div>Exesposo o excompañero4<input type="checkbox"/></div> <div>Cliente (trabajadora sexual)5<input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div> <div></div>
24	<div>Total en los últimos 12 meses</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>	<div>Total en los últimos 12 meses</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>	<div>Total en los últimos 12 meses</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>
25	<div>Total de parejas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>	<div>Total de parejas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>	<div>Total de parejas</div> <div><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No sabe9<input type="checkbox"/></div>

CAPÍTULO J. FECUNDIDAD - MUJERES (para las mujeres de 13 años y más que han tenido relaciones sexuales)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre embarazo controles prenatales, el número de hijos que ha tenido entre otros temas			
SECCIÓN J1. EMBARAZO (para mujeres de 13 a 49 años que han tenido relaciones sexuales)			
LAS PREGUNTAS 1 A 16 DE ESTE CAPÍTULO ES RESPONDIDO POR MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES			
1	¿Está embarazada actualmente?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13
2	¿Cuántos meses de embarazo tiene?	Meses <input type="text"/>	Meses <input type="text"/>
3	¿Cuándo quedó embarazada:	Usted quería estarlo? 1 <input type="checkbox"/>	Usted quería estarlo? 1 <input type="checkbox"/>
		Usted quería estarlo pero no en este momento 2 <input type="checkbox"/>	Usted quería estarlo pero no en este momento 2 <input type="checkbox"/>
		Usted no quería estarlo? 3 <input type="checkbox"/>	Usted no quería estarlo? 3 <input type="checkbox"/>
		Le era indiferente 4 <input type="checkbox"/>	Le era indiferente 4 <input type="checkbox"/>
4	¿Antes de quedar en embarazo, usted asistió a la atención en salud que se ofrece a la mujer y a la pareja, también conocida como la consulta preconcepcional?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6 No 2 <input type="checkbox"/>
5	¿Por qué no asistió a la consulta preconcepcional?	a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/>	a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/>
		b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/>	b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/>
		c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/>	c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/>
		d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/nadre 4 <input type="checkbox"/>	d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/nadre 4 <input type="checkbox"/>
		e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/>	e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/>
		f. No sabe dónde prestan 6 <input type="checkbox"/>	f. No sabe dónde prestan 6 <input type="checkbox"/>
		g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/>	g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/>
		h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/>	h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/>
		i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/>	i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/>
		j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/>	j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/>
		k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/>	k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/>
		l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/>	l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/>
		m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/>	m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO J. FECUNDIDAD - MUJERES (para las mujeres de 13 años y más que han tenido relaciones sexuales)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre embarazo controles prenatales, el número de hijos que ha tenido entre otros temas				
SECCIÓN J1. EMBARAZO (para mujeres de 13 a 49 años que han tenido relaciones sexuales)				
LAS PREGUNTAS 1 A 16 DE ESTE CAPÍTULO ES RESPONDIDO POR MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES				
1		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13
2		Meses <input type="text"/>	Meses <input type="text"/>	Meses <input type="text"/>
3		Usted quería estarlo? 1 <input type="checkbox"/>	Usted quería estarlo? 1 <input type="checkbox"/>	Usted quería estarlo? 1 <input type="checkbox"/>
		Usted quería estarlo pero no en este momento 2 <input type="checkbox"/>	Usted quería estarlo pero no en este momento 2 <input type="checkbox"/>	Usted quería estarlo pero no en este momento 2 <input type="checkbox"/>
		Usted no quería estarlo? 3 <input type="checkbox"/>	Usted no quería estarlo? 3 <input type="checkbox"/>	Usted no quería estarlo? 3 <input type="checkbox"/>
		Le era indiferente 4 <input type="checkbox"/>	Le era indiferente 4 <input type="checkbox"/>	Le era indiferente 4 <input type="checkbox"/>
4		Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6 No 2 <input type="checkbox"/>
5		a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/>	a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/>	a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/>
		b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/>	b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/>	b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/>
		c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/>	c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/>	c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/>
		d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/nadre 4 <input type="checkbox"/>	d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/nadre 4 <input type="checkbox"/>	d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/nadre 4 <input type="checkbox"/>
		e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/>	e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/>	e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/>
		f. No sabe dónde prestan 6 <input type="checkbox"/>	f. No sabe dónde prestan 6 <input type="checkbox"/>	f. No sabe dónde prestan 6 <input type="checkbox"/>
		g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/>	g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/>	g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/>
		h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/>	h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/>	h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/>
		i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/>	i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/>	i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/>
		j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/>	j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/>	j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/>
		k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/>	k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/>	k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/>
		l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/>	l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/>	l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/>
		m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/>	m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/>	m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/>

		<div>n. Le exigían muchos trámites14<input type="checkbox"/></div> <div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta15<input type="checkbox"/></div> <div>p. No le parece importante o no lo cree necesario16<input type="checkbox"/></div> <div>q. Otra, ¿cuál?17<input type="checkbox"/></div>	<div>n. Le exigían muchos trámites14<input type="checkbox"/></div> <div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta15<input type="checkbox"/></div> <div>p. No le parece importante o no lo cree necesario16<input type="checkbox"/></div> <div>q. Otra, ¿cuál?17<input type="checkbox"/></div>
6	¿Después de que se enteró que estaba embarazada tuvo miedo de contarle a su pareja?	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div> <div>No tiene pareja3<input type="checkbox"/>Pase a 8</div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div> <div>No tiene pareja3<input type="checkbox"/>Pase a 8</div>
7	¿Este embarazo fue una decisión tomada junto con su pareja?	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div>
8	¿Se ha hecho control prenatal o control del embarazo?	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos? <input type="text"/></div> <div>¿En dónde?</div> <div>a) Hospital, centro o puesto de salud público1<input type="checkbox"/></div> <div>b) Hospital o clínica privada2<input type="checkbox"/></div> <div>c) IPS o Centro de atención de su EPS3<input type="checkbox"/></div> <div>d) La vivienda4<input type="checkbox"/></div> <div>e) Cooperante internacional5<input type="checkbox"/></div> <div>f) Consultorio de médico particular6<input type="checkbox"/></div> <div>g) Otro, ¿cuál? <input type="text"/>7<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 10</div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos? <input type="text"/></div> <div>¿En dónde?</div> <div>a) Hospital, centro o puesto de salud público1<input type="checkbox"/></div> <div>b) Hospital o clínica privada2<input type="checkbox"/></div> <div>c) IPS o Centro de atención de su EPS3<input type="checkbox"/></div> <div>d) La vivienda4<input type="checkbox"/></div> <div>e) Cooperante internacional5<input type="checkbox"/></div> <div>f) Consultorio de médico particular6<input type="checkbox"/></div> <div>g) Otro, ¿cuál? <input type="text"/>7<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 10</div>
9	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando recibió su primer control prenatal?	<div>Meses <input type="text"/>Pase a 11</div>	<div>Meses <input type="text"/>Pase a 11</div>
		<div>a) Queda lejos, es difícil llegar1<input type="checkbox"/></div> <div>b) No tenía tiempo2<input type="checkbox"/></div> <div>c) No le gustan los hospitales o centros médicos3<input type="checkbox"/></div> <div>d) No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre4<input type="checkbox"/></div>	<div>a) Queda lejos, es difícil llegar1<input type="checkbox"/></div> <div>b) No tenía tiempo2<input type="checkbox"/></div> <div>c) No le gustan los hospitales o centros médicos3<input type="checkbox"/></div> <div>d) No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre4<input type="checkbox"/></div>

		<div>n. Le exigían muchos trámites14<input type="checkbox"/></div> <div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta15<input type="checkbox"/></div> <div>p. No le parece importante o no lo cree necesario16<input type="checkbox"/></div> <div>q. Otra, ¿cuál?17<input type="checkbox"/></div>	<div>n. Le exigían muchos trámites14<input type="checkbox"/></div> <div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta15<input type="checkbox"/></div> <div>p. No le parece importante o no lo cree necesario16<input type="checkbox"/></div> <div>q. Otra, ¿cuál?17<input type="checkbox"/></div>
6		<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div> <div>No tiene pareja3<input type="checkbox"/>Pase a 8</div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div> <div>No tiene pareja3<input type="checkbox"/>Pase a 8</div>
7		<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/></div>
8		<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos? <input type="text"/></div> <div>¿En dónde?</div> <div>a) Hospital, centro o puesto de salud público1<input type="checkbox"/></div> <div>b) Hospital o clínica privada2<input type="checkbox"/></div> <div>c) IPS o Centro de atención de su EPS3<input type="checkbox"/></div> <div>d) La vivienda4<input type="checkbox"/></div> <div>e) Cooperante internacional5<input type="checkbox"/></div> <div>f) Consultorio de médico particular6<input type="checkbox"/></div> <div>g) Otro, ¿cuál? <input type="text"/>7<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 10</div>	<div>Sí1<input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos? <input type="text"/></div> <div>¿En dónde?</div> <div>a) Hospital, centro o puesto de salud público1<input type="checkbox"/></div> <div>b) Hospital o clínica privada2<input type="checkbox"/></div> <div>c) IPS o Centro de atención de su EPS3<input type="checkbox"/></div> <div>d) La vivienda4<input type="checkbox"/></div> <div>e) Cooperante internacional5<input type="checkbox"/></div> <div>f) Consultorio de médico particular6<input type="checkbox"/></div> <div>g) Otro, ¿cuál? <input type="text"/>7<input type="checkbox"/></div> <div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 10</div>
9		<div>Meses <input type="text"/>Pase a 11</div>	<div>Meses <input type="text"/>Pase a 11</div>
		<div>a) Queda lejos, es difícil llegar1<input type="checkbox"/></div> <div>b) No tenía tiempo2<input type="checkbox"/></div> <div>c) No le gustan los hospitales o centros médicos3<input type="checkbox"/></div> <div>d) No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre4<input type="checkbox"/></div>	<div>a) Queda lejos, es difícil llegar1<input type="checkbox"/></div> <div>b) No tenía tiempo2<input type="checkbox"/></div> <div>c) No le gustan los hospitales o centros médicos3<input type="checkbox"/></div> <div>d) No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre4<input type="checkbox"/></div>



10	¿Por qué no se ha hecho control prenatal? (Formule la pregunta y espere respuesta, permite múltiple respuesta)	<div><div>e) Le dió miedo o pena5<input type="checkbox"/></div><div>f) No sabe dónde6<input type="checkbox"/></div><div>g) No estaba afiliada7<input type="checkbox"/></div><div>h) No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte8<input type="checkbox"/></div><div>i) Los horarios no le servían9<input type="checkbox"/></div><div>j) No le daban permiso en10<input type="checkbox"/></div><div>k) No le dieron la cita11<input type="checkbox"/></div><div>l) Le cobraban la cita12<input type="checkbox"/></div><div>m) No se sintió enferma13<input type="checkbox"/></div><div>n) Le exigían muchos trámites14<input type="checkbox"/></div><div>o) Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta15<input type="checkbox"/></div><div>p) No le parece importante o no lo cree necesario16<input type="checkbox"/></div><div>q) Otra, ¿Cuál? _____16<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>e) Le dió miedo o pena5<input type="checkbox"/></div><div>f) No sabe dónde6<input type="checkbox"/></div><div>g) No estaba afiliada7<input type="checkbox"/></div><div>h) No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte8<input type="checkbox"/></div><div>i) Los horarios no le servían9<input type="checkbox"/></div><div>j) No le daban permiso en10<input type="checkbox"/></div><div>k) No le dieron la cita11<input type="checkbox"/></div><div>l) Le cobraban la cita12<input type="checkbox"/></div><div>m) No se sintió enferma13<input type="checkbox"/></div><div>n) Le exigían muchos trámites14<input type="checkbox"/></div><div>o) Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta15<input type="checkbox"/></div><div>p) No le parece importante o no lo cree necesario16<input type="checkbox"/></div><div>q) Otra, ¿Cuál? _____16<input type="checkbox"/></div></div>
11	¿Durante este embarazo, ha estado hospitalizada?	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div><div>Número de días</div><div>Pase a 13<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div><div>Número de días</div><div>Pase a 13<input type="checkbox"/></div></div>
12	¿Por qué estuvo hospitalizada durante este embarazo? (Formule la pregunta y espere respuesta, permite múltiple respuesta)	<div><div>a) Infección1<input type="checkbox"/></div><div>b) Sangrado2<input type="checkbox"/></div><div>c) Hipertensión o preeclampsia3<input type="checkbox"/></div><div>d) Ataques o convulsiones4<input type="checkbox"/></div><div>e) Amenaza de aborto5<input type="checkbox"/></div><div>f) Ruptura de membranas6<input type="checkbox"/></div><div>g) Violencia intrafamiliar7<input type="checkbox"/></div><div>h) Problemas con el bebé8<input type="checkbox"/></div><div>i) Tromboembolismo pulmonar9<input type="checkbox"/></div><div>j) Enfermedad no relacionada con el embarazo (tumor, cáncer etc.)10<input type="checkbox"/></div><div>k) Parto antes de tiempo o amenaza parto pretérmino11<input type="checkbox"/></div><div>l) Otro, ¿cuál? _____12<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>a) Infección1<input type="checkbox"/></div><div>b) Sangrado2<input type="checkbox"/></div><div>c) Hipertensión o preeclampsia3<input type="checkbox"/></div><div>d) Ataques o convulsiones4<input type="checkbox"/></div><div>e) Amenaza de aborto5<input type="checkbox"/></div><div>f) Ruptura de membranas6<input type="checkbox"/></div><div>g) Violencia intrafamiliar7<input type="checkbox"/></div><div>h) Problemas con el bebé8<input type="checkbox"/></div><div>i) Tromboembolismo pulmonar9<input type="checkbox"/></div><div>j) Enfermedad no relacionada con el embarazo (tumor, cáncer etc.)10<input type="checkbox"/></div><div>k) Parto antes de tiempo o amenaza parto pretérmino11<input type="checkbox"/></div><div>l) Otro, ¿cuál? _____12<input type="checkbox"/></div></div>

13	¿Ha estado embarazada antes? <i>(pida a la encuestada que tenga en cuenta los embarazos que terminaron en hijos nacidos vivos o muertos, interrupciones voluntarias o no voluntarias)</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5
14	En total ¿cuántas veces ha estado embarazada?	veces <input type="text"/> <input type="text"/>	veces <input type="text"/> <input type="text"/>
15	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todos los partos que usted ha tenido durante su vida. ¿Usted ha tenido algún(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)? <i>(Pídale a la persona que incluya niños o niñas que lloraron o mostraron algún signo de vida pero que sólo vivieron pocas horas o días)</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/> <input type="text"/> b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/> <input type="text"/> c) Total <input type="text"/> <input type="text"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5	Sí 1 <input type="checkbox"/> a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/> <input type="text"/> b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/> <input type="text"/> c) Total <input type="text"/> <input type="text"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5
16	¿Usted sabe que toda persona tiene derecho en su EPS a consulta preconcepcional, es decir consultar con un profesional de la salud, antes de que quede en embarazo, para detectar oportunamente enfermedades o situaciones que le puedan generar algún riesgo a su futuro embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/>   No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>   No 2 <input type="checkbox"/>

13	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5
14	veces <input type="text"/> <input type="text"/>	veces <input type="text"/> <input type="text"/>	veces <input type="text"/> <input type="text"/>
15	Sí 1 <input type="checkbox"/> a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/> <input type="text"/> b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/> <input type="text"/> c) Total <input type="text"/> <input type="text"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5	Sí 1 <input type="checkbox"/> a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/> <input type="text"/> b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/> <input type="text"/> c) Total <input type="text"/> <input type="text"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5	Sí 1 <input type="checkbox"/> a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/> <input type="text"/> b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/> <input type="text"/> c) Total <input type="text"/> <input type="text"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a K7 Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a K5
16	Sí 1 <input type="checkbox"/>   No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>   No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>   No 2 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO J. FECUNDIDAD - MUJERES (para las mujeres de 13 años y más que han tenido relaciones sexuales)			CAPÍTULO J. FECUNDIDAD - MUJERES (para las mujeres de 13 años y más que han tenido relaciones sexuales)		
SECCIÓN J2. HIJOS(AS) NACIDOS(AS) VIVOS(AS) (para mujeres de 13 a 49 años que han tenido hijos)			SECCIÓN J2. HIJOS(AS) NACIDOS(AS) VIVOS(AS) (para mujeres de 13 a 49 años que han tenido hijos)		
NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE DENTRO DEL HOGAR _____			NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE DENTRO DEL HOGAR _____		
Nombre: _____			Nombre: _____		
Apellidos: _____			Apellidos: _____		
Último nacido vivo			Penúltimo nacido vivo		Antepenúltimo nacido vivo
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre los hijos que las mujeres entrevistadas han tenido			Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre los hijos que las mujeres entrevistadas han tenido		
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	¿Cuál es el nombre del (ÚLTIMO(A)/ PENÚLTIMO(A)/ ANTEPENÚLTIMO(A) HIJO(A)) que tuvo?	Nombres _____ Apellidos _____	1	Nombres _____ Apellidos _____	Nombres _____ Apellidos _____
2	¿Cuándo (NOMBRE HIJO(A)) nació, fue éste un parto único o múltiple?	Único 1 <input type="checkbox"/> Múltiple 2 <input type="checkbox"/>	2	Único 1 <input type="checkbox"/> Múltiple 2 <input type="checkbox"/>	Único 1 <input type="checkbox"/> Múltiple 2 <input type="checkbox"/>
3	¿(NOMBRE HIJO(A)) es hombre o mujer?	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/>	3	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/>
4	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE HIJO(A))? (cuándo es su cumpleaños)	<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div> Si la fecha es posterior a enero de 2015, continúe, Si es anterior pase a pregunta 6  No sabe 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6	4	<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div> Si la fecha es posterior a enero de 2015, continúe, Si es anterior pase a pregunta 6  No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 6	<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div> Si la fecha es posterior a enero de 2015, continúe, Si es anterior pase a pregunta 6  No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 6
5	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando (NOMBRE HIJO(A)) nació? (Si la persona no recuerda registre código 99)	Meses cumplidos <input type="text"/>	5	Meses cumplidos <input type="text"/>	Meses cumplidos <input type="text"/>
6	¿(NOMBRE HIJO(A)) está aún vivo(a)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si la fecha en pregunta 4 es posterior a enero de 2015, Pase a 8, Si es anterior pase a pregunta 121	6	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si la fecha en pregunta 4 es posterior a enero de 2015, Pase a 8, Si es anterior pase a pregunta 121	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si la fecha en pregunta 4 es posterior a enero de 2015, Pase a 8, Si es anterior pase a pregunta 121
7	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE HIJO(A))?	Años cumplidos <input type="text"/> Si la edad cumplida en años es menor a 6, continúe; si es 6 o más, pase a la pregunta 114	7	Años cumplidos <input type="text"/> Si la edad cumplida en años es menor a 6, continúe; si es 6 o más, pase a la pregunta 114	Años cumplidos <input type="text"/> Si la edad cumplida en años es menor a 6, continúe; si es 6 o más, pase a la pregunta 114
SECCIÓN J2. SALUD MATERNO PERINATAL			SECCIÓN J2. SALUD MATERNO PERINATAL		
LAS PREGUNTAS 8 A 113 TOMAN INFORMACIÓN SOBRE SALUD MATERNO PERINATAL, LA INFORMACIÓN SE REPORTA POR CADA HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) DE 5 AÑOS O MENOS			LAS PREGUNTAS 8 A 113 TOMAN INFORMACIÓN SOBRE SALUD MATERNO PERINATAL, LA INFORMACIÓN SE REPORTA POR CADA HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) DE 5 AÑOS O MENOS		
8	¿Antes del embarazo de (NOMBRE HIJO(A)), usted asistió a la atención de salud que se le ofrece a la mujer y a la pareja antes de quedar en embarazo) también conocida como cita preconcepcional?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 No 2 <input type="checkbox"/>	8	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 No 2 <input type="checkbox"/>
		a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/> b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/> c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/>		a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/> b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/> c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/>	a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/> b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/> c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/>

9	¿Por qué no asistió a la consulta preconcepcional de (NOMBRE HIJO(A))?	<div><div>d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre4</div><div>e. Le dio miedo o pena5</div><div>f. No sabe dónde prestan el servicio6</div><div>g. No estaba afiliada7</div><div>h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte8</div><div>i. Los horarios no le servían9</div><div>j. No le daban permiso en el trabajo10</div><div>k. No le dieron la cita11</div><div>l. Le cobraban la cita12</div><div>m. No se sintió enferma13</div><div>n. Le exigían muchos trámites14</div><div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta15</div><div>p. No le parece importante o no lo cree necesario16</div><div>q. Otra, ¿cuál?17</div></div>	9	<div><div>d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre4</div><div>e. Le dio miedo o pena5</div><div>f. No sabe dónde prestan el servicio6</div><div>g. No estaba afiliada7</div><div>h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte8</div><div>i. Los horarios no le servían9</div><div>j. No le daban permiso en el trabajo10</div><div>k. No le dieron la cita11</div><div>l. Le cobraban la cita12</div><div>m. No se sintió enferma13</div><div>n. Le exigían muchos trámites14</div><div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta15</div><div>p. No le parece importante o no lo cree necesario16</div><div>q. Otra, ¿cuál?17</div></div>	<div><div>d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre4</div><div>e. Le dio miedo o pena5</div><div>f. No sabe dónde prestan el servicio6</div><div>g. No estaba afiliada7</div><div>h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte8</div><div>i. Los horarios no le servían9</div><div>j. No le daban permiso en el trabajo10</div><div>k. No le dieron la cita11</div><div>l. Le cobraban la cita12</div><div>m. No se sintió enferma13</div><div>n. Le exigían muchos trámites14</div><div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta15</div><div>p. No le parece importante o no lo cree necesario16</div><div>q. Otra, ¿cuál?17</div></div>
10	¿Cuándo quedó embarazada de (NOMBRE HIJO(A)):	<div><div>Quería quedar embarazada en ese momento1</div><div>Quería quedar embarazada pero no en este momento2</div><div>Le era indiferente3</div><div>No quería tener más hijos4</div></div> <div>Pase a 12</div> <div>Pase a 12</div>	10	<div><div>Quería quedar embarazada en ese momento1</div><div>Quería quedar embarazada pero no en este momento2</div><div>Le era indiferente3</div><div>No quería tener más hijos4</div></div> <div>Pase a 12</div> <div>Pase a 12</div>	<div><div>Quería quedar embarazada en ese momento1</div><div>Quería quedar embarazada pero no en este momento2</div><div>Le era indiferente3</div><div>No quería tener más hijos4</div></div> <div>Pase a 12</div> <div>Pase a 12</div>
11	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	<div><div>a. Meses</div><div>b. No sabe</div></div>	11	<div><div>a. Meses</div><div>b. No sabe</div></div>	<div><div>a. Meses</div><div>b. No sabe</div></div>
		<div><div>SíNoNs</div><div>a. Infecciones como tuberculosis, VIH-sida, paludismo o malaria, infecciones sexuales u otras parecidas129</div><div>b. Tumores o cáncer129</div><div>c. Enfermedades de la sangre como anemias, hemofilia u otras129</div><div>d. Enfermedades como diabetes (azúcar en la sangre), problemas de tiroides u otras alteraciones de las hormonas129</div></div>		<div><div>SíNoNs</div><div>a. Infecciones como tuberculosis, VIH-sida, paludismo o malaria, infecciones sexuales u otras parecidas129</div><div>b. Tumores o cáncer129</div><div>c. Enfermedades de la sangre como anemias, hemofilia u otras129</div><div>d. Enfermedades como diabetes (azúcar en la sangre), problemas de tiroides u otras alteraciones de las hormonas129</div></div>	<div><div>SíNoNs</div><div>a. Infecciones como tuberculosis, VIH-sida, paludismo o malaria, infecciones sexuales u otras parecidas129</div><div>b. Tumores o cáncer129</div><div>c. Enfermedades de la sangre como anemias, hemofilia u otras129</div><div>d. Enfermedades como diabetes (azúcar en la sangre), problemas de tiroides u otras alteraciones de las hormonas129</div></div>

12	¿Cuando quedó embarazada de (NOMBRE HIJO(A)), tenía alguno de los siguientes problemas de salud o enfermedades?	e. Trastornos o enfermedades mentales como depresión, demencia u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		f. Enfermedades del sistema nervioso como epilepsia o convulsiones o alteraciones de los sentidos como sordera, ceguera	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		g. Enfermedades del sistema circulatorio como hipertensión, infarto del corazón o aneurismas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		h. Enfermedades del sistema respiratorio como asma, EPOC u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		i. Enfermedades del sistema digestivo como úlcera gástrica o problemas de colon	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		j. Enfermedades de la piel como dermatitis eczemas, brotes u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		k. Enfermedades como artritis, reumatismo, lupus u otras parecidas de las articulaciones o los huesos	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
12		e. Trastornos o enfermedades mentales como depresión, demencia u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		f. Enfermedades del sistema nervioso como epilepsia o convulsiones o alteraciones de los sentidos como sordera, ceguera	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		g. Enfermedades del sistema circulatorio como hipertensión, infarto del corazón o aneurismas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		h. Enfermedades del sistema respiratorio como asma, EPOC u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		i. Enfermedades del sistema digestivo como úlcera gástrica o problemas de colon	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		j. Enfermedades de la piel como dermatitis eczemas, brotes u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		k. Enfermedades como artritis, reumatismo, lupus u otras parecidas de las articulaciones o los huesos	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
12		e. Trastornos o enfermedades mentales como depresión, demencia u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		f. Enfermedades del sistema nervioso como epilepsia o convulsiones o alteraciones de los sentidos como sordera, ceguera	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		g. Enfermedades del sistema circulatorio como hipertensión, infarto del corazón o aneurismas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		h. Enfermedades del sistema respiratorio como asma, EPOC u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		i. Enfermedades del sistema digestivo como úlcera gástrica o problemas de colon	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		j. Enfermedades de la piel como dermatitis eczemas, brotes u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		k. Enfermedades como artritis, reumatismo, lupus u otras parecidas de las articulaciones o los huesos	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		l. Enfermedades como miomas en el útero, infecciones vaginales, infecciones de la orina u otras parecidas de los órganos genitales o del riñón	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		e. Trastornos o enfermedades mentales como depresión, demencia u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		f. Enfermedades del sistema nervioso como epilepsia o convulsiones o alteraciones de los sentidos como sordera, ceguera	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		g. Enfermedades del sistema circulatorio como hipertensión, infarto del corazón o aneurismas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		h. Enfermedades del sistema respiratorio como asma, EPOC u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		i. Enfermedades del sistema digestivo como úlcera gástrica o problemas de colon	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		j. Enfermedades de la piel como dermatitis eczemas, brotes u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		k. Enfermedades como artritis, reumatismo, lupus u otras parecidas de las articulaciones o los huesos	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		l. Enfermedades como miomas en el útero, infecciones vaginales, infecciones de la orina u otras parecidas de los órganos genitales o del riñón	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		e. Trastornos o enfermedades mentales como depresión, demencia u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		f. Enfermedades del sistema nervioso como epilepsia o convulsiones o alteraciones de los sentidos como sordera, ceguera	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		g. Enfermedades del sistema circulatorio como hipertensión, infarto del corazón o aneurismas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		h. Enfermedades del sistema respiratorio como asma, EPOC u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		i. Enfermedades del sistema digestivo como úlcera gástrica o problemas de colon	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		j. Enfermedades de la piel como dermatitis eczemas, brotes u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		k. Enfermedades como artritis, reumatismo, lupus u otras parecidas de las articulaciones o los huesos	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		l. Enfermedades como miomas en el útero, infecciones vaginales, infecciones de la orina u otras parecidas de los órganos genitales o del riñón	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		e. Trastornos o enfermedades mentales como depresión, demencia u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		f. Enfermedades del sistema nervioso como epilepsia o convulsiones o alteraciones de los sentidos como sordera, ceguera	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		g. Enfermedades del sistema circulatorio como hipertensión, infarto del corazón o aneurismas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
		h. Enfermedades del sistema respiratorio como asma, EPOC u otras parecidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

13	¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE HIJO(A)) tuvo alguna vez atención de control prenatal o chequeo del embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Con quién se chequeó? a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> Partera, comadrona, médico tradicional indígena d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 25	13	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Con quién se chequeó? a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> Partera, comadrona, médico tradicional indígena d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 25	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Con quién se chequeó? a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> Partera, comadrona, médico tradicional indígena d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 25
14	¿Dónde tuvo lugar el control prenatal?	a. Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Médico particular 4 <input type="checkbox"/> e. Su hogar 5 <input type="checkbox"/> f. Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	14	a. Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Médico particular 4 <input type="checkbox"/> e. Su hogar 5 <input type="checkbox"/> f. Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Médico particular 4 <input type="checkbox"/> e. Su hogar 5 <input type="checkbox"/> f. Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
15	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando recibió su primer control prenatal?	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	15	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>
16	¿Cuántos controles prenatales tuvo durante ese embarazo?	a. Veces <input type="text"/> si es 1, pase a 18 b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	16	a. Meses <input type="text"/> si es 1, pase a 18 b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	a. Meses <input type="text"/> si es 1, pase a 18 b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>
17	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal para (NOMBRE HIJO(A))?	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	17	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>
18	En alguno de esos controles, ¿le hicieron algo de lo siguiente:	Sí No Ns a. La pesaron? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> b. Le midieron su altura? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> c. ¿Le midieron la altura uterina, es decir la PANZA, BARRIGA o ABDOMEN? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> d. Le tomaron la presión arterial? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> e. Le dieron la orden para exámenes de orina y de sangre? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> f. Escucharon el corazón del bebé? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> g. Le hablaron sobre qué debería comer? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> h. ¿Le explicaron en qué porciones debería 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	18	Sí No Ns a. La pesaron? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> b. Le midieron su altura? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> c. ¿Le midieron la altura uterina, es decir la PANZA, BARRIGA o ABDOMEN? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> d. Le tomaron la presión arterial? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> e. Le dieron la orden para exámenes de orina y de sangre? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> f. Escucharon el corazón del bebé? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> g. Le hablaron sobre qué debería comer? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> h. ¿Le explicaron en qué porciones debería comer? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí No Ns a. La pesaron? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> b. Le midieron su altura? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> c. ¿Le midieron la altura uterina, es decir la PANZA, BARRIGA o ABDOMEN? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> d. Le tomaron la presión arterial? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> e. Le dieron la orden para exámenes de orina y de sangre? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> f. Escucharon el corazón del bebé? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> g. Le hablaron sobre qué debería comer? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> h. ¿Le explicaron en qué porciones debería comer? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

		<div>i. Le hablaron sobre la lactancia? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>j. Le dieron la orden para el examen de ecografía? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>k. Le preguntaron Si estuvo expuesta a alguna situación de violencia contra usted? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div>		<div>i. Le hablaron sobre la lactancia? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>j. Le dieron la orden para el examen de ecografía? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>k. Le preguntaron Si estuvo expuesta a alguna situación de violencia contra usted? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>i. Le hablaron sobre la lactancia? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>j. Le dieron la orden para el examen de ecografía? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>k. Le preguntaron Si estuvo expuesta a alguna situación de violencia contra usted? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div>
19	Durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)), ¿asistió a consulta de valoración por:	<div><div>Sí No Ns</div><div>a. Nutrición 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>b. Odontología 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>c. Psicología 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>d. Trabajo social 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>e. Otras, ¿cuáles? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div></div>	19	<div><div>Sí No Ns</div><div>a. Nutrición 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>b. Odontología 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>c. Psicología 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>d. Trabajo social 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>e. Otras, ¿cuáles? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No Ns</div><div>a. Nutrición 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>b. Odontología 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>c. Psicología 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>d. Trabajo social 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>e. Otras, ¿cuáles? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div></div>
20	¿Durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)) le permitieron entrar con algún acompañante en las consultas de control prenatal?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No se lo permitieron 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No lo solicitó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No le gusta entrar acompañada 4 <input type="checkbox"/></div>	20	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No se lo permitieron 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No lo solicitó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No le gusta entrar acompañada 4 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No se lo permitieron 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No lo solicitó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No le gusta entrar acompañada 4 <input type="checkbox"/></div>
21	En algún momento durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)) ¿le informaron o explicaron sobre:	<div><div>Sí No Ns</div><div>a. Posibles cambios físicos anormales en usted? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>b. Posibles cambios emocionales en usted? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>c. Signos de alarma? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Si todas las opciones son No o No sabe, pase a 23</div>	21	<div><div>Sí No Ns</div><div>a. Posibles cambios físicos anormales en usted? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>b. Posibles cambios emocionales en usted? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>c. Signos de alarma? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Si todas las opciones son No o No sabe, pase a 23</div>	<div><div>Sí No Ns</div><div>a. Posibles cambios físicos anormales en usted? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>b. Posibles cambios emocionales en usted? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>c. Signos de alarma? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div></div> <div>Si todas las opciones son No o No sabe, pase a 23</div>
22	La persona o el profesional de la salud que la atendió, ¿Le dijo qué hacer o a dónde acudir Si llegaba a presentar algún cambio físico anormal, cambio emocional o signo de alarma?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	22	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>
23	¿En algún momento durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)) le informaron Si su embarazo era de alto riesgo?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 26</div>	23	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 26</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 26</div>
24	En alguno de esos controles, ¿le hicieron algo de lo siguiente?:	<div>Enfermedad de la madre 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Enfermedad del feto 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 26</div>	24	<div>Enfermedad de la madre 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Enfermedad del feto 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 26</div>	<div>Enfermedad de la madre 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Enfermedad del feto 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 26</div>

25	¿Por qué no se hizo control en el embarazo de (NOMBRE HIJO(A))?	<div><div>a. Queda lejos, es difícil llegar</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. No tenía tiempo</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>c. No le gustan los hospitales o centros médicos</div><div>3</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/nadra</div><div>4</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>e. Le dio miedo o pena</div><div>5</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>f. No sabe dónde prestan el servicio</div><div>6</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>g. No estaba afiliada</div><div>7</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte</div><div>8</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>i. Los horarios no le servían</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>j. No le daban permiso en el trabajo</div><div>10</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>k. No le dieron la cita</div><div>11</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>l. Le cobraban la cita</div><div>12</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>m. No se sintió enferma</div><div>13</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>n. Le exigían muchos trámites</div><div>14</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta</div><div>15</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>p. No le parece importante o no lo cree necesario</div><div>16</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>q. Otra, ¿cuál?</div><div>17</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	25	<div><div>a. Queda lejos, es difícil llegar</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. No tenía tiempo</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>c. No le gustan los hospitales o centros médicos</div><div>3</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/nadra</div><div>4</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>e. Le dio miedo o pena</div><div>5</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>f. No sabe dónde prestan el servicio</div><div>6</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>g. No estaba afiliada</div><div>7</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte</div><div>8</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>i. Los horarios no le servían</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>j. No le daban permiso en el trabajo</div><div>10</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>k. No le dieron la cita</div><div>11</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>l. Le cobraban la cita</div><div>12</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>m. No se sintió enferma</div><div>13</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>n. Le exigían muchos trámites</div><div>14</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta</div><div>15</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>p. No le parece importante o no lo cree necesario</div><div>16</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>q. Otra, ¿cuál?</div><div>17</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>a. Queda lejos, es difícil llegar</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. No tenía tiempo</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>c. No le gustan los hospitales o centros médicos</div><div>3</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/nadra</div><div>4</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>e. Le dio miedo o pena</div><div>5</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>f. No sabe dónde prestan el servicio</div><div>6</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>g. No estaba afiliada</div><div>7</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte</div><div>8</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>i. Los horarios no le servían</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>j. No le daban permiso en el trabajo</div><div>10</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>k. No le dieron la cita</div><div>11</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>l. Le cobraban la cita</div><div>12</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>m. No se sintió enferma</div><div>13</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>n. Le exigían muchos trámites</div><div>14</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta</div><div>15</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>p. No le parece importante o no lo cree necesario</div><div>16</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>q. Otra, ¿cuál?</div><div>17</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
26	¿Cuándo estaba embarazada de (NOMBRE HIJO(A)) le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebé contra el tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No recuerda</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 28</div>	26	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No recuerda</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 28</div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No recuerda</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 28</div>
27	¿Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna?	<div><div>a. Veces (dosis)</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. No sabe</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	27	<div><div>a. Veces (dosis)</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. No sabe</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>a. Veces (dosis)</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. No sabe</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
28	¿Durante este embarazo, le prescribieron hierro?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No recuerda</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 32</div>	28	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No recuerda</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 32</div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No recuerda</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 32</div>
29	¿Usted sabe por qué se lo prescribieron?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	29	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
30	¿La institución a la que se encuentra (encontraba) afiliada le entregó el hierro?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No estaba afiliada</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 32</div>	30	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No estaba afiliada</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 32</div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No estaba afiliada</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 32</div>
31	¿Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó hierro?	<div><div>a. Meses</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. No sabe</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	31	<div><div>a. Meses</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. No sabe</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>a. Meses</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. No sabe</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
32	¿Durante este embarazo, le prescribieron suplementos de calcio?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No recuerda</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 36</div>	32	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No recuerda</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 36</div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No recuerda</div><div>9</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 36</div>



33	¿Usted sabe por qué se lo prescribieron?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	33	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
34	¿La institución a la que se encuentra (encontraba) afiliada le entregó el suplemento de calcio?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No estaba afiliada 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 36	34	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No estaba afiliada 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 36	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No estaba afiliada 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 36
35	¿Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó suplementos de calcio?	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	35	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>
36	¿Durante este embarazo, le prescribieron ácido fólico?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 40	36	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 40	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 40
37	¿Usted sabe por qué se lo prescribieron?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	37	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
38	¿La institución a la que se encuentra (encontraba) afiliada le entregó el ácido fólico?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No estaba afiliada 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 40	38	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No estaba afiliada 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 40	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No estaba afiliada 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 40
39	¿Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó suplementos de ácido fólico?	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	39	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>	a. Meses <input type="text"/> b. No sabe 1 <input type="checkbox"/>
40	¿Durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)), usted, por su cuenta, sin fórmula médica, tomo vitaminas o suplementos alimenticios?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	40	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
41	¿Durante este embarazo, usted consumió bebidas alcohólicas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43	41	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43
42	¿Cuántos tragos se tomaba a la semana?	a. Tragos <input type="text"/> b. De vez en cuando 1 <input type="checkbox"/>	42	a. Tragos <input type="text"/> b. De vez en cuando 1 <input type="checkbox"/>	a. Tragos <input type="text"/> b. De vez en cuando 1 <input type="checkbox"/>
43	¿Durante este embarazo, usted fumó?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45	43	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45
44	¿Cuántos cigarrillos se fumaba al día?	a. Cigarrillos <input type="text"/> b. De vez en cuando 1 <input type="checkbox"/>	44	a. Cigarrillos <input type="text"/> b. De vez en cuando 1 <input type="checkbox"/>	a. Cigarrillos <input type="text"/> b. De vez en cuando 1 <input type="checkbox"/>
45	¿Durante este embarazo, consumió sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, cocaína, heroína, éxtasis, etc.,?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No informa 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 48	45	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No informa 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 48	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No informa 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 48
46	¿Qué sustancias consumió?	a. Marihuana 1 <input type="checkbox"/> b. Bazuco 2 <input type="checkbox"/> c. Cocaína 3 <input type="checkbox"/> d. Éxtasis 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? 5 <input type="text"/>	46	a. Marihuana 1 <input type="checkbox"/> b. Bazuco 2 <input type="checkbox"/> c. Cocaína 3 <input type="checkbox"/> d. Éxtasis 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? 5 <input type="text"/>	a. Marihuana 1 <input type="checkbox"/> b. Bazuco 2 <input type="checkbox"/> c. Cocaína 3 <input type="checkbox"/> d. Éxtasis 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? 5 <input type="text"/>

47	¿Con qué frecuencia consumió la sustancia que más ha utilizado?	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> ¿El alto riesgo se relacionó con alguna e 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	47	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
48	¿Durante este embarazo, tomó algún medicamento contra el paludismo o la malaria?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 50	48	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 50	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 50
49	¿Qué medicamento o medicamentos tomó?	a. Cloroquina (Aralen) 1 <input type="checkbox"/> b. Amodiaquina 2 <input type="checkbox"/> c. Sulfapirimetamina (Falcidar) 3 <input type="checkbox"/> d. Primaquina (neoquipenil) 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe 9 <input type="checkbox"/>	49	a. Cloroquina (Aralen) 1 <input type="checkbox"/> b. Amodiaquina 2 <input type="checkbox"/> c. Sulfapirimetamina (Falcidar) 3 <input type="checkbox"/> d. Primaquina (neoquipenil) 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe 9 <input type="checkbox"/>	a. Cloroquina (Aralen) 1 <input type="checkbox"/> b. Amodiaquina 2 <input type="checkbox"/> c. Sulfapirimetamina (Falcidar) 3 <input type="checkbox"/> d. Primaquina (neoquipenil) 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe 9 <input type="checkbox"/>
50	¿Durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)), tomó algún medicamento para parásitos intestinales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	50	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
51	¿Durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)) asistió al curso de Preparación para la maternidad y la paternidad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Número de Sesiones: <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 53	51	Sí 1 <input type="checkbox"/> Número de Sesiones: <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 53	Sí 1 <input type="checkbox"/> Número de Sesiones: <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 53
52	¿Su pareja la acompañó?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	52	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
53	¿Durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)), estuvo hospitalizada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 56	53	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 56	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 56
54	¿Por cuánto tiempo?	Menos de 1 día 1 <input type="checkbox"/> Más de 1 día 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	54	Menos de 1 día 1 <input type="checkbox"/> Más de 1 día 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 día 1 <input type="checkbox"/> Más de 1 día 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
55	¿Por qué estuvo hospitalizada?	a. Infección 1 <input type="checkbox"/> b. Sangrado 2 <input type="checkbox"/> c. Hipertensión o preeclampsia 3 <input type="checkbox"/> d. Ataques o convulsiones 4 <input type="checkbox"/> e. Amenaza de aborto 5 <input type="checkbox"/> f. Ruptura de membranas 6 <input type="checkbox"/> g. Violencia intrafamiliar 7 <input type="checkbox"/> h. Problemas con el bebé 8 <input type="checkbox"/> i. Tromboembolismo pulmonar 9 <input type="checkbox"/>	55	a. Infección 1 <input type="checkbox"/> b. Sangrado 2 <input type="checkbox"/> c. Hipertensión o preeclampsia 3 <input type="checkbox"/> d. Ataques o convulsiones 4 <input type="checkbox"/> e. Amenaza de aborto 5 <input type="checkbox"/> f. Ruptura de membranas 6 <input type="checkbox"/> g. Violencia intrafamiliar 7 <input type="checkbox"/> h. Problemas con el bebé 8 <input type="checkbox"/> i. Tromboembolismo pulmonar 9 <input type="checkbox"/>	a. Infección 1 <input type="checkbox"/> b. Sangrado 2 <input type="checkbox"/> c. Hipertensión o preeclampsia 3 <input type="checkbox"/> d. Ataques o convulsiones 4 <input type="checkbox"/> e. Amenaza de aborto 5 <input type="checkbox"/> f. Ruptura de membranas 6 <input type="checkbox"/> g. Violencia intrafamiliar 7 <input type="checkbox"/> h. Problemas con el bebé 8 <input type="checkbox"/> i. Tromboembolismo pulmonar 9 <input type="checkbox"/>

		<div>j. Enfermedad no relacionada con el embarazo (tumor, cáncer etc.) 10 <input type="checkbox"/></div> <div>k. Parto antes de tiempo o amenaza parto pretérmino 11 <input type="checkbox"/></div> <div>l. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/></div>		<div>j. Enfermedad no relacionada con el embarazo (tumor, cáncer etc.) 10 <input type="checkbox"/></div> <div>k. Parto antes de tiempo o amenaza parto pretérmino 11 <input type="checkbox"/></div> <div>l. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/></div>	<div>j. Enfermedad no relacionada con el embarazo (tumor, cáncer etc.) 10 <input type="checkbox"/></div> <div>k. Parto antes de tiempo o amenaza parto pretérmino 11 <input type="checkbox"/></div> <div>l. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/></div>
56	Durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)), en los últimos controles prenatales o antes del parto, la persona que la atendió, ¿le informó sobre:	<div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>Ns</div></div><div>a. Sí podía o no tener el parto normal? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>b. La IPS, el hospital, clínica o lugar donde le debían atender el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>c. Los signos para reconocer el trabajo de parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>d. El trabajo de parto, las contracciones, el pujo, la respiración? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>e. Los tratamientos y técnicas para control del dolor durante el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>f. Las posibles complicaciones durante el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>g. Los procedimientos no permitidos durante el parto por parte de quien lo atiende o sus ayudantes? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>h. El parto humanizado o parto respetado (respeto, intimidad, privacidad, acompañante, otros)? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>i. Los procedimientos que requieren su autorización durante el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>j. El embarazo prolongado y cuándo acudir a urgencias si se pasó de tiempo? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div></div>	56	<div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>Ns</div></div><div>a. Sí podía o no tener el parto normal? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>b. La IPS, el hospital, clínica o lugar donde le debían atender el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>c. Los signos para reconocer el trabajo de parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>d. El trabajo de parto, las contracciones, el pujo, la respiración? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>e. Los tratamientos y técnicas para control del dolor durante el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>f. Las posibles complicaciones durante el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>g. Los procedimientos no permitidos durante el parto por parte de quien lo atiende o sus ayudantes? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>h. El parto humanizado o parto respetado (respeto, intimidad, privacidad, acompañante, otros)? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>i. Los procedimientos que requieren su autorización durante el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>j. El embarazo prolongado y cuándo acudir a urgencias si se pasó de tiempo? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>Ns</div></div><div>a. Sí podía o no tener el parto normal? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>b. La IPS, el hospital, clínica o lugar donde le debían atender el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>c. Los signos para reconocer el trabajo de parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>d. El trabajo de parto, las contracciones, el pujo, la respiración? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>e. Los tratamientos y técnicas para control del dolor durante el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>f. Las posibles complicaciones durante el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>g. Los procedimientos no permitidos durante el parto por parte de quien lo atiende o sus ayudantes? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>h. El parto humanizado o parto respetado (respeto, intimidad, privacidad, acompañante, otros)? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>i. Los procedimientos que requieren su autorización durante el parto? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div><div>j. El embarazo prolongado y cuándo acudir a urgencias si se pasó de tiempo? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div></div>

		<div>k. Las diferentes posiciones en las que se puede tener el parto (acostada, cucillas, vertical etc)? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>l. Los cuidados posparto de la madre? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>m. Los cuidados del recién nacido? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div>		<div>k. Las diferentes posiciones en las que se puede tener el parto (acostada, cucillas, vertical etc)? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>l. Los cuidados posparto de la madre? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>m. Los cuidados del recién nacido? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>k. Las diferentes posiciones en las que se puede tener el parto (acostada, cucillas, vertical etc)? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>l. Los cuidados posparto de la madre? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>m. Los cuidados del recién nacido? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div>
57	¿Dónde tuvo lugar el parto de (NOMBRE HIJO(A))?	<div>Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Clínica privada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Su hogar 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Cooperante internacional 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 59</div>	57	<div>Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Clínica privada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Su hogar 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Cooperante internacional 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 59</div>	<div>Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Clínica privada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Su hogar 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Cooperante internacional 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 59</div>
58	¿Por qué NO tuvo el parto en algún hospital o servicio de salud?	<div>a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/></div> <div>b. No tuvo tiempo 2 <input type="checkbox"/></div> <div>c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/></div> <div>d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre 4 <input type="checkbox"/></div> <div>e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/></div> <div>f. No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/></div> <div>g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/></div> <div>h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/></div> <div>i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/></div> <div>j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/></div> <div>k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/></div> <div>l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/></div> <div>m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/></div> <div>n. Le exigían muchos trámites 14 <input type="checkbox"/></div> <div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta 15 <input type="checkbox"/></div> <div>p. No le parece importante o no lo cree necesario 16 <input type="checkbox"/></div> <div>q. Otra, ¿cuál? 17 <input type="checkbox"/></div>	58	<div>a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/></div> <div>b. No tuvo tiempo 2 <input type="checkbox"/></div> <div>c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/></div> <div>d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre 4 <input type="checkbox"/></div> <div>e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/></div> <div>f. No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/></div> <div>g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/></div> <div>h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/></div> <div>i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/></div> <div>j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/></div> <div>k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/></div> <div>l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/></div> <div>m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/></div> <div>n. Le exigían muchos trámites 14 <input type="checkbox"/></div> <div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta 15 <input type="checkbox"/></div> <div>p. No le parece importante o no lo cree necesario 16 <input type="checkbox"/></div> <div>q. Otra, ¿cuál? 17 <input type="checkbox"/></div>	<div>a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/></div> <div>b. No tuvo tiempo 2 <input type="checkbox"/></div> <div>c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/></div> <div>d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre 4 <input type="checkbox"/></div> <div>e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/></div> <div>f. No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/></div> <div>g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/></div> <div>h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/></div> <div>i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/></div> <div>j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/></div> <div>k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/></div> <div>l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/></div> <div>m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/></div> <div>n. Le exigían muchos trámites 14 <input type="checkbox"/></div> <div>o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta 15 <input type="checkbox"/></div> <div>p. No le parece importante o no lo cree necesario 16 <input type="checkbox"/></div> <div>q. Otra, ¿cuál? 17 <input type="checkbox"/></div>

59	¿Quién le atendió el parto de (NOMBRE HIJO(A))? (Incluya a las personas que asistieron el parto)	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> d. Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> f. Nadie 6 <input type="checkbox"/>	59	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> d. Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> f. Nadie 6 <input type="checkbox"/>	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> d. Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> f. Nadie 6 <input type="checkbox"/>
60	¿Durante el trabajo de parto o parto de (NOMBRE HIJO(A)) le colocaron un medicamento llamado oxitocina, pitocin o pitocina?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 62	60	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 62	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 62
61	¿Para qué?	Para inducir el parto 1 <input type="checkbox"/> Mejorar las contracciones 2 <input type="checkbox"/> No recuerda la razón 3 <input type="checkbox"/>	61	Para inducir el parto 1 <input type="checkbox"/> Mejorar las contracciones 2 <input type="checkbox"/> No recuerda la razón 3 <input type="checkbox"/>	Para inducir el parto 1 <input type="checkbox"/> Mejorar las contracciones 2 <input type="checkbox"/> No recuerda la razón 3 <input type="checkbox"/>
62	¿(NOMBRE HIJO(A)) nació por operación cesárea?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 65	62	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 65	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 65
63	¿La cesárea fue por urgencia o programada?	Urgencia 1 <input type="checkbox"/> Programada 2 <input type="checkbox"/>	63	Urgencia 1 <input type="checkbox"/> Programada 2 <input type="checkbox"/>	Urgencia 1 <input type="checkbox"/> Programada 2 <input type="checkbox"/>
64	¿Por qué le practicaron la cesárea?	Solicitud o deseo suyo 1 <input type="checkbox"/> Riesgo o bienestar del bebé 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud 3 <input type="checkbox"/> Recomendación del médico sin mayores explicaciones 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	64	Solicitud o deseo suyo 1 <input type="checkbox"/> Riesgo o bienestar del bebé 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud 3 <input type="checkbox"/> Recomendación del médico sin mayores explicaciones 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Solicitud o deseo suyo 1 <input type="checkbox"/> Riesgo o bienestar del bebé 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud 3 <input type="checkbox"/> Recomendación del médico sin mayores explicaciones 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
65	Durante el trabajo de parto y el parto de (NOMBRE HIJO(A)), ¿le ofrecieron algo para controlar el dolor?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 67	65	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 67	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 67
66	¿Qué le ofrecieron?	a. Inyección en la columna (Peridural) 1 <input type="checkbox"/> b. Medicamentos en la vena o tomados 2 <input type="checkbox"/> c. Música, masajes u otros 3 <input type="checkbox"/>	66	a. Inyección en la columna (Peridural) 1 <input type="checkbox"/> b. Medicamentos en la vena o tomados 1 <input type="checkbox"/> c. Música, masajes u otros 1 <input type="checkbox"/>	a. Inyección en la columna (Peridural) 1 <input type="checkbox"/> b. Medicamentos en la vena o tomados 1 <input type="checkbox"/> c. Música, masajes u otros 1 <input type="checkbox"/>
67	Cuándo ingresó para la atención del parto de (NOMBRE HIJO(A)) le preguntaron en qué posición quería tener el parto?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Estaba programado por cesárea 3 <input type="checkbox"/> Pase a 69 No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	67	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Estaba programado por cesárea 3 <input type="checkbox"/> Pase a 69 No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Estaba programado por cesárea 3 <input type="checkbox"/> Pase a 69 No recuerda 9 <input type="checkbox"/>

68	¿Le hubiera gustado tener el parto en otra posición diferente a la que lo tuvo?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿En cuál?</div> <div>Acostada 1 <input type="checkbox"/></div> <div>En cuclillas o agachada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>De pie o parada 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	68	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿En cuál?</div> <div>Acostada 1 <input type="checkbox"/></div> <div>En cuclillas o agachada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>De pie o parada 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿En cuál?</div> <div>Acostada 1 <input type="checkbox"/></div> <div>En cuclillas o agachada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>De pie o parada 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>
69	¿Usted considera que en el sitio donde le atendieron el parto de (NOMBRE HIJO(A)) le ofrecieron privacidad y cuidaron de su intimidad como mujer?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	69	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>
70	¿Quienes la atendieron, durante el parto de (NOMBRE HIJO(A)) la trataron con respeto? (médicos(as), enfermeras, partera, comadrona, otros)	<div>Todo el tiempo 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Algunas veces 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Nunca 3 <input type="checkbox"/></div>	70	<div>Todo el tiempo 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Algunas veces 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Nunca 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>Todo el tiempo 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Algunas veces 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Nunca 9 <input type="checkbox"/></div>
71	Inmediatamente después del parto de (NOMBRE HIJO(A)), ¿Se lo(la) pusieron encima de su pecho para que hiciera contacto con usted, es decir piel a piel, pudo verlo(a), tocarlo(a), acariciarlo(a)?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	71	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>
72	Le permitieron que una persona escogida por usted la acompañara durante el parto de (NOMBRE HIJO(A))?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No lo solicitó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No quería ninguna compañía 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 74</div>	72	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No lo solicitó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No quería ninguna compañía 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 74</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No lo solicitó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No quería ninguna compañía 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 74</div>
73	¿Le preguntaron Si quería que usted o su acompañante cortara el cordón umbilical?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	73	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 9 <input type="checkbox"/></div>
		<div>Sí No Ns</div> <div>a. Trabajo de parto prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>b. Sangrado abundante, excesivo, después del parto que le indicaran ponerle sangre 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div>		<div>Sí No Ns</div> <div>a. Trabajo de parto prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>b. Sangrado abundante, excesivo, después del parto que le indicaran ponerle sangre 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí No Ns</div> <div>a. Trabajo de parto prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div> <div>b. Sangrado abundante, excesivo, después del parto que le indicaran ponerle sangre 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></div>

74	¿Durante su hospitalización para el parto, o durante el parto o después del parto de (NOMBRE HIJO(A)) usted tuvo alguna o varias de las siguientes complicaciones:	<div><div>c. Fiebre, flujo vaginal de mal olor o signos de sepsis o infección grave, que le tuvieron que poner antibióticos varios días129</div><div>d. Hipertensión arterial del embarazo, toxemia o preeclampsia o convulsiones129</div><div>e. Otra, ¿cuál129</div><div>Si alguna opción es "Sí", continúe, de lo contrario pase a 76</div></div>	74	<div><div>c. Fiebre, flujo vaginal de mal olor o signos de sepsis o infección grave, que le tuvieron que poner antibióticos varios días129</div><div>d. Hipertensión arterial del embarazo, toxemia o preeclampsia o convulsiones129</div><div>e. Otra, ¿cuál129</div><div>Si alguna opción es "Sí", continúe, de lo contrario pase a 76</div></div>	<div><div>c. Fiebre, flujo vaginal de mal olor o signos de sepsis o infección grave, que le tuvieron que poner antibióticos varios días129</div><div>d. Hipertensión arterial del embarazo, toxemia o preeclampsia o convulsiones129</div><div>e. Otra, ¿cuál129</div><div>Si alguna opción es "Sí", continúe, de lo contrario pase a 76</div></div>
75	¿Quedó satisfecha con la información que recibió sobre la complicación que presentó?	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No le dieron información3</div><div>No recuerda9</div></div>	75	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No le dieron información3</div><div>No recuerda9</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No le dieron información3</div><div>No recuerda9</div></div>
76	¿(NOMBRE HIJO(A)) nació prematuro(a)?	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>	76	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>
77	¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando nació (NOMBRE HIJO(A))?	<div><div>Semanas</div><div></div></div>	77	<div><div>Semanas</div><div></div></div>	<div><div>Semanas</div><div></div></div>
78	¿A (NOMBRE HIJO(A)) lo(a) pesaron cuando nació?	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No recuerda9</div><div>Pase a 80</div></div>	78	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No recuerda9</div><div>Pase a 80</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No recuerda9</div><div>Pase a 80</div></div>
79	¿Cuánto pesó (NOMBRE HIJO(A))? Solicite el carné de nacimiento	<div><div>Según carné</div><div>Según recuerdo</div><div>No recuerda y sin carné9</div></div>	79	<div><div>Según carné</div><div>Según recuerdo</div><div>No recuerda y sin carné9</div></div>	<div><div>Según carné</div><div>Según recuerdo</div><div>No recuerda y sin carné9</div></div>
80	¿A (NOMBRE HIJO(A)) lo(a) midieron cuando nació?	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No recuerda9</div><div>Pase a 82</div></div>	80	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No recuerda9</div><div>Pase a 82</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No recuerda9</div><div>Pase a 82</div></div>
81	¿Cuánto midió (NOMBRE HIJO(A)) al nacer?	<div><div>a. centímetros</div><div>b. No recuerda9</div></div>	81	<div><div>a. centímetros</div><div>b. No recuerda9</div></div>	<div><div>a. centímetros</div><div>b. No recuerda9</div></div>
82	¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizada, en el sitio donde le atendieron el parto de (NOMBRE HIJO(A))?	<div><div>Horas1</div><div>Días2</div><div>Semanas3</div><div>No recuerda9</div><div>¿Cuántas?</div><div>¿Cuántos?</div><div>¿Cuántas?</div></div>	82	<div><div>Horas1</div><div>Días2</div><div>Semanas3</div><div>No recuerda9</div><div>¿Cuántas?</div><div>¿Cuántos?</div><div>¿Cuántas?</div></div>	<div><div>Horas1</div><div>Días2</div><div>Semanas3</div><div>No recuerda9</div><div>¿Cuántas?</div><div>¿Cuántos?</div><div>¿Cuántas?</div></div>
83	¿Antes de dejar la institución o sitio, donde le atendieron el parto, alguien la examinó o revisó su estado de salud?	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No recuerda9</div><div>Pase a 86</div></div>	83	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No recuerda9</div><div>Pase a 86</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div><div>No recuerda9</div><div>Pase a 86</div></div>

84	¿Esa persona que la revisó o la examinó a usted, antes de dejar la institución o el sitio donde parió a (NOMBRE HIJO(A)), le:	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Midió o tomó la presión arterial</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Habló o revisó el sangrado vaginal</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Habló o ayudó a la lactancia</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. habló sobre signos de alerta para consultar por urgencias en caso de que los presente (fiebre, sangrado, mal olor por los genitales, inapetencia)</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	a. Midió o tomó la presión arterial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Habló o revisó el sangrado vaginal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Habló o ayudó a la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. habló sobre signos de alerta para consultar por urgencias en caso de que los presente (fiebre, sangrado, mal olor por los genitales, inapetencia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	84	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Midió o tomó la presión arterial</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Habló o revisó el sangrado vaginal</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Habló o ayudó a la lactancia</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. habló sobre signos de alerta para consultar por urgencias en caso de que los presente (fiebre, sangrado, mal olor por los genitales, inapetencia)</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	a. Midió o tomó la presión arterial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Habló o revisó el sangrado vaginal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Habló o ayudó a la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. habló sobre signos de alerta para consultar por urgencias en caso de que los presente (fiebre, sangrado, mal olor por los genitales, inapetencia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Midió o tomó la presión arterial</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Habló o revisó el sangrado vaginal</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Habló o ayudó a la lactancia</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. habló sobre signos de alerta para consultar por urgencias en caso de que los presente (fiebre, sangrado, mal olor por los genitales, inapetencia)</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	a. Midió o tomó la presión arterial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Habló o revisó el sangrado vaginal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Habló o ayudó a la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. habló sobre signos de alerta para consultar por urgencias en caso de que los presente (fiebre, sangrado, mal olor por los genitales, inapetencia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>												
	Sí	No	Ns																																																																										
a. Midió o tomó la presión arterial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
b. Habló o revisó el sangrado vaginal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
c. Habló o ayudó a la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
d. habló sobre signos de alerta para consultar por urgencias en caso de que los presente (fiebre, sangrado, mal olor por los genitales, inapetencia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
	Sí	No	Ns																																																																										
a. Midió o tomó la presión arterial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
b. Habló o revisó el sangrado vaginal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
c. Habló o ayudó a la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
d. habló sobre signos de alerta para consultar por urgencias en caso de que los presente (fiebre, sangrado, mal olor por los genitales, inapetencia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
	Sí	No	Ns																																																																										
a. Midió o tomó la presión arterial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
b. Habló o revisó el sangrado vaginal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
c. Habló o ayudó a la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
d. habló sobre signos de alerta para consultar por urgencias en caso de que los presente (fiebre, sangrado, mal olor por los genitales, inapetencia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
85	¿Quién revisó su estado de salud en ese momento?	<table><tbody><tr><td>Médico(a)</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Enfermero(a)</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Auxiliar de enfermería</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Partera, comadrona, médico tradicional indígena</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Trabajador o gestor comunitario</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Médico(a)	1	<input type="checkbox"/>	Enfermero(a)	2	<input type="checkbox"/>	Auxiliar de enfermería	3	<input type="checkbox"/>	Partera, comadrona, médico tradicional indígena	4	<input type="checkbox"/>	Trabajador o gestor comunitario	5	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>	85	<table><tbody><tr><td>Médico(a)</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Enfermero(a)</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Auxiliar de enfermería</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Partera, comadrona, médico tradicional indígena</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Trabajador o gestor comunitario</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Médico(a)	1	<input type="checkbox"/>	Enfermero(a)	2	<input type="checkbox"/>	Auxiliar de enfermería	3	<input type="checkbox"/>	Partera, comadrona, médico tradicional indígena	4	<input type="checkbox"/>	Trabajador o gestor comunitario	5	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>	<table><tbody><tr><td>Médico(a)</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Enfermero(a)</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Auxiliar de enfermería</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Partera, comadrona, médico tradicional indígena</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Trabajador o gestor comunitario</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Médico(a)	1	<input type="checkbox"/>	Enfermero(a)	2	<input type="checkbox"/>	Auxiliar de enfermería	3	<input type="checkbox"/>	Partera, comadrona, médico tradicional indígena	4	<input type="checkbox"/>	Trabajador o gestor comunitario	5	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>																		
Médico(a)	1	<input type="checkbox"/>																																																																											
Enfermero(a)	2	<input type="checkbox"/>																																																																											
Auxiliar de enfermería	3	<input type="checkbox"/>																																																																											
Partera, comadrona, médico tradicional indígena	4	<input type="checkbox"/>																																																																											
Trabajador o gestor comunitario	5	<input type="checkbox"/>																																																																											
Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>																																																																											
Médico(a)	1	<input type="checkbox"/>																																																																											
Enfermero(a)	2	<input type="checkbox"/>																																																																											
Auxiliar de enfermería	3	<input type="checkbox"/>																																																																											
Partera, comadrona, médico tradicional indígena	4	<input type="checkbox"/>																																																																											
Trabajador o gestor comunitario	5	<input type="checkbox"/>																																																																											
Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>																																																																											
Médico(a)	1	<input type="checkbox"/>																																																																											
Enfermero(a)	2	<input type="checkbox"/>																																																																											
Auxiliar de enfermería	3	<input type="checkbox"/>																																																																											
Partera, comadrona, médico tradicional indígena	4	<input type="checkbox"/>																																																																											
Trabajador o gestor comunitario	5	<input type="checkbox"/>																																																																											
Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>																																																																											
86	¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado(a) (NOMBRE HIJO(A)) en el sitio donde nació?	<table><tbody><tr><td>Horas</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>¿Cuántas?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Días</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>¿Cuántos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Semanas</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>¿Cuántas?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No recuerda</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Horas	1	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Días	2	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semanas	3	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>				86	<table><tbody><tr><td>Horas</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>¿Cuántas?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Días</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>¿Cuántos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Semanas</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>¿Cuántas?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No recuerda</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Horas	1	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Días	2	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semanas	3	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>				<table><tbody><tr><td>Horas</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>¿Cuántas?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Días</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>¿Cuántos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Semanas</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>¿Cuántas?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No recuerda</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Horas	1	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Días	2	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semanas	3	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>			
Horas	1	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Días	2	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Semanas	3	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
No recuerda	9	<input type="checkbox"/>																																																																											
Horas	1	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Días	2	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Semanas	3	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
No recuerda	9	<input type="checkbox"/>																																																																											
Horas	1	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Días	2	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Semanas	3	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
No recuerda	9	<input type="checkbox"/>																																																																											
87	Antes de dejar la institución, donde nació (NOMBRE HIJO(A)), ¿Alguien examinó el estado de salud del recién nacido?	<table><tbody><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No recuerda</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <div>Pase a 90</div>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	87	<table><tbody><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No recuerda</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <div>Pase a 90</div>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	<table><tbody><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No recuerda</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <div>Pase a 90</div>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>																																													
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																											
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																											
No recuerda	9	<input type="checkbox"/>																																																																											
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																											
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																											
No recuerda	9	<input type="checkbox"/>																																																																											
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																											
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																											
No recuerda	9	<input type="checkbox"/>																																																																											
88	¿Esa persona que le revisó a (NOMBRE HIJO(A)):	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Le examinó el muñón del cordón umbilical?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Le midió la temperatura a (NOMBRE HIJO(A))</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Le habló sobre cómo reconocer Si su bebe necesita atención médica inmediata</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Le habló sobre la lactancia</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Observó a (NOMBRE HIJO(A)) lactar</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	a. Le examinó el muñón del cordón umbilical?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Le midió la temperatura a (NOMBRE HIJO(A))	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Le habló sobre cómo reconocer Si su bebe necesita atención médica inmediata	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. Le habló sobre la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	e. Observó a (NOMBRE HIJO(A)) lactar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	88	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Le examinó el muñón del cordón umbilical?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Le midió la temperatura a (NOMBRE HIJO(A))</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Le habló sobre cómo reconocer Si su bebe necesita atención médica inmediata</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Le habló sobre la lactancia</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Observó a (NOMBRE HIJO(A)) lactar</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	a. Le examinó el muñón del cordón umbilical?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Le midió la temperatura a (NOMBRE HIJO(A))	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Le habló sobre cómo reconocer Si su bebe necesita atención médica inmediata	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. Le habló sobre la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	e. Observó a (NOMBRE HIJO(A)) lactar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Le examinó el muñón del cordón umbilical?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Le midió la temperatura a (NOMBRE HIJO(A))</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Le habló sobre cómo reconocer Si su bebe necesita atención médica inmediata</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Le habló sobre la lactancia</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Observó a (NOMBRE HIJO(A)) lactar</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	a. Le examinó el muñón del cordón umbilical?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Le midió la temperatura a (NOMBRE HIJO(A))	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Le habló sobre cómo reconocer Si su bebe necesita atención médica inmediata	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. Le habló sobre la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	e. Observó a (NOMBRE HIJO(A)) lactar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	Sí	No	Ns																																																																										
a. Le examinó el muñón del cordón umbilical?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
b. Le midió la temperatura a (NOMBRE HIJO(A))	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
c. Le habló sobre cómo reconocer Si su bebe necesita atención médica inmediata	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
d. Le habló sobre la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
e. Observó a (NOMBRE HIJO(A)) lactar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
	Sí	No	Ns																																																																										
a. Le examinó el muñón del cordón umbilical?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
b. Le midió la temperatura a (NOMBRE HIJO(A))	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
c. Le habló sobre cómo reconocer Si su bebe necesita atención médica inmediata	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
d. Le habló sobre la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
e. Observó a (NOMBRE HIJO(A)) lactar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
	Sí	No	Ns																																																																										
a. Le examinó el muñón del cordón umbilical?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
b. Le midió la temperatura a (NOMBRE HIJO(A))	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
c. Le habló sobre cómo reconocer Si su bebe necesita atención médica inmediata	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
d. Le habló sobre la lactancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										
e. Observó a (NOMBRE HIJO(A)) lactar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																										



89	¿Quién revisó el estado de salud de (NOMBRE HIJO(A)) en ese momento?	Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> Trabajador o gestor comunitario 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	89	Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> Trabajador o gestor comunitario 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> Trabajador o gestor comunitario 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>																																																																																																	
90	Alguna vez amamantó (le dio seno o teta) a (NOMBRE HIJO(A))?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase 92	90	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase 92	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase 92																																																																																																	
91	¿Cuánto tiempo pasó desde el parto hasta que amamantó (le dio seno o teta) a (NOMBRE HIJO(A)) por primera vez?	Inmediatamente 1 <input type="checkbox"/> Antes de 6 horas 2 <input type="checkbox"/> Entre 6 horas y 24 horas 3 <input type="checkbox"/> Entre 24 horas y 48 horas 4 <input type="checkbox"/> Después de 48 horas 5 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	91	Inmediatamente 1 <input type="checkbox"/> Antes de 6 horas 2 <input type="checkbox"/> Entre 6 horas y 24 horas 3 <input type="checkbox"/> Entre 24 horas y 48 horas 4 <input type="checkbox"/> Después de 48 horas 5 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Inmediatamente 1 <input type="checkbox"/> Antes de 6 horas 2 <input type="checkbox"/> Entre 6 horas y 24 horas 3 <input type="checkbox"/> Entre 24 horas y 48 horas 4 <input type="checkbox"/> Después de 48 horas 5 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>																																																																																																	
92	En los primeros 3 días después del nacimiento, (NOMBRE HIJO(A)) tomó algo diferente a leche materna?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	92	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>																																																																																																	
93	Como consecuencia del parto, durante los 40 días después del parto, ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas:	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Sangrado intenso por la vagina?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Desmayo o pérdida de conciencia?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Dolor o ardor al orinar?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Flujos o líquidos vaginales?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Pérdida involuntaria de orina?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Depresión posparto?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	a. Sangrado intenso por la vagina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Desmayo o pérdida de conciencia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. Dolor o ardor al orinar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	e. Flujos o líquidos vaginales?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	f. Pérdida involuntaria de orina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	g. Depresión posparto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	93	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Sangrado intenso por la vagina?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Desmayo o pérdida de conciencia?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Dolor o ardor al orinar?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Flujos o líquidos vaginales?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Pérdida involuntaria de orina?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Depresión posparto?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	a. Sangrado intenso por la vagina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Desmayo o pérdida de conciencia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. Dolor o ardor al orinar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	e. Flujos o líquidos vaginales?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	f. Pérdida involuntaria de orina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	g. Depresión posparto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	93	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Sangrado intenso por la vagina?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Desmayo o pérdida de conciencia?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Dolor o ardor al orinar?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Flujos o líquidos vaginales?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Pérdida involuntaria de orina?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Depresión posparto?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No	Ns	a. Sangrado intenso por la vagina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Desmayo o pérdida de conciencia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. Dolor o ardor al orinar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	e. Flujos o líquidos vaginales?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	f. Pérdida involuntaria de orina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	g. Depresión posparto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	Sí	No	Ns																																																																																																			
a. Sangrado intenso por la vagina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
b. Desmayo o pérdida de conciencia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
d. Dolor o ardor al orinar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
e. Flujos o líquidos vaginales?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
f. Pérdida involuntaria de orina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
g. Depresión posparto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
	Sí	No	Ns																																																																																																			
a. Sangrado intenso por la vagina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
b. Desmayo o pérdida de conciencia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
d. Dolor o ardor al orinar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
e. Flujos o líquidos vaginales?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
f. Pérdida involuntaria de orina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
g. Depresión posparto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
	Sí	No	Ns																																																																																																			
a. Sangrado intenso por la vagina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
b. Desmayo o pérdida de conciencia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
c. Fiebre, temperatura alta o escalofríos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
d. Dolor o ardor al orinar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
e. Flujos o líquidos vaginales?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
f. Pérdida involuntaria de orina?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
g. Depresión posparto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
94	Como consecuencia de la lactancia, durante los 40 días después del parto, ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas:	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Dolor en el pezón?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Grietas en el pezón?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Inflamación dolorosa de los senos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Infección en los senos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Absceso en los senos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p>Si alguna opción es "Sí", continúe, de lo contrario pase a 96</p>		Sí	No	Ns	a. Dolor en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Grietas en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Inflamación dolorosa de los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. Infección en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	e. Absceso en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	94	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Dolor en el pezón?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Grietas en el pezón?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Inflamación dolorosa de los senos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Infección en los senos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Absceso en los senos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p>Si alguna opción es "Sí", continúe, de lo contrario pase a 96</p>		Sí	No	Ns	a. Dolor en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Grietas en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Inflamación dolorosa de los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. Infección en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	e. Absceso en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	94	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th><th>Ns</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Dolor en el pezón?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Grietas en el pezón?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Inflamación dolorosa de los senos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Infección en los senos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Absceso en los senos?</td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p>Si alguna opción es "Sí", continúe, de lo contrario pase a 96</p>		Sí	No	Ns	a. Dolor en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	b. Grietas en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	c. Inflamación dolorosa de los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	d. Infección en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	e. Absceso en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																								
	Sí	No	Ns																																																																																																			
a. Dolor en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
b. Grietas en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
c. Inflamación dolorosa de los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
d. Infección en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
e. Absceso en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
	Sí	No	Ns																																																																																																			
a. Dolor en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
b. Grietas en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
c. Inflamación dolorosa de los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
d. Infección en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
e. Absceso en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
	Sí	No	Ns																																																																																																			
a. Dolor en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
b. Grietas en el pezón?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
c. Inflamación dolorosa de los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
d. Infección en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
e. Absceso en los senos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																			

95	¿Cuando tuvo esa(s) complicación(es) recibió atención médica?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	95	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
96	¿Tuvo algún control médico después que salió de la institución o sitio donde le atendieron el parto de (NOMBRE HIJO(A))?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 100	96	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 100	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 100
97	Si alguna opción es "Sí", continúe, de lo contrario pase a 96	Días 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	97	Días 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Días 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
98	¿Quién chequeó su salud en ese momento?	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> d. Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> e. Trabajador o gestor comunitario 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="text"/>	98	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> d. Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> d. Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>
99	¿Dónde tuvo lugar este chequeo?	Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Su hogar 4 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="text"/> } Pase a 103	99	Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Su hogar 4 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="text"/> } Pase a 103	Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Su hogar 4 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="text"/> } Pase a 103
100	¿Por qué NO se hizo control después del parto?	a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/> b. No tuvo tiempo 2 <input type="checkbox"/> c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/> d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre 4 <input type="checkbox"/> e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/> h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/> i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/> j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/> k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/> l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/>	100	a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/> b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/> c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/> d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre 4 <input type="checkbox"/> e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/> h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/> i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/> j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/> k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/> l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/>	a. Queda lejos, es difícil llegar 1 <input type="checkbox"/> b. No tenía tiempo 2 <input type="checkbox"/> c. No le gustan los hospitales o centros médicos 3 <input type="checkbox"/> d. No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre 4 <input type="checkbox"/> e. Le dio miedo o pena 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> g. No estaba afiliada 7 <input type="checkbox"/> h. No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte 8 <input type="checkbox"/> i. Los horarios no le servían 9 <input type="checkbox"/> j. No le daban permiso en el trabajo 10 <input type="checkbox"/> k. No le dieron la cita 11 <input type="checkbox"/> l. Le cobraban la cita 12 <input type="checkbox"/>

		m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/>		m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/>		m. No se sintió enferma 13 <input type="checkbox"/>
		n. Le exigían muchos trámites 14 <input type="checkbox"/>		n. Le exigían muchos trámites 14 <input type="checkbox"/>		n. Le exigían muchos trámites 14 <input type="checkbox"/>
		o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta 15 <input type="checkbox"/>		o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta 15 <input type="checkbox"/>		o. Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta 15 <input type="checkbox"/>
		p. No le parece importante o no lo cree necesario 16 <input type="checkbox"/>		p. No le parece importante o no lo cree necesario 16 <input type="checkbox"/>		p. No le parece importante o no lo cree necesario 16 <input type="checkbox"/>
		q. Otra, ¿cuál? 17 <input type="checkbox"/>		q. Otra, ¿cuál? 17 <input type="checkbox"/>		q. Otra, ¿cuál? 17 <input type="checkbox"/>
101	Debido a que usted NO fue a control posparto, de la IPS, EPS, o del sitio donde le atendieron el parto, ¿La contactaron o le hicieron alguna visita en su casa?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 103	101	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 103		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 103
102	¿Qué hicieron?	La llamaron 1 <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria 2 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/>	102	La llamaron 1 <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria 2 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/>		La llamaron 1 <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria 2 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/>
103	¿Recibió consejería sobre métodos anticonceptivos que se utilizan después del parto?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 105	103	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 105		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 105
104	¿En qué momento recibió la información?	Antes del parto 1 <input type="checkbox"/> En el momento del parto 2 <input type="checkbox"/> En un control posparto 3 <input type="checkbox"/> No recuerda 4 <input type="checkbox"/>	104	Antes del parto 1 <input type="checkbox"/> En el momento del parto 2 <input type="checkbox"/> En un control posparto 3 <input type="checkbox"/> No recuerda 4 <input type="checkbox"/>		Antes del parto 1 <input type="checkbox"/> En el momento del parto 2 <input type="checkbox"/> En un control posparto 3 <input type="checkbox"/> No recuerda 4 <input type="checkbox"/>
105	¿Le dieron o le aplicaron el método anticonceptivo posparto inmediato, antes de salir del sitio donde le atendieron el parto o de irse para su casa?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 107	105	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
106	¿El método anticonceptivo que le dieron o aplicaron fue el que usted escogió?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	106	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
107	¿Después de que su hijo(a) \${fecun_name} saliera del sitio donde nació (Clínica, hospital, parto tradicional, otro; o Si nació en el hogar) alguna persona del área de la salud, o asistente de parto tradicional revisó su estado de salud?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 111	107	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 111		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 111
108	¿Cuánto tiempo pasó desde el nacimiento de (NOMBRE HIJO(A)) hasta este chequeo o control?	Horas 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Días 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 3 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 4 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	108	Horas 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Días 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 3 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 4 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>		Horas 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Días 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 3 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 4 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
109	¿Quién revisó el estado de salud de (NOMBRE HIJO(A)) en ese chequeo o control?	Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	109	Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>		Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería 3 <input type="checkbox"/> Partera, comadrona, médico tradicional indígena 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>

110	¿Dónde tuvo lugar este chequeo o control de (NOMBRE HIJO(A))?	Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Su hogar 5 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	110	Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Su hogar 5 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Su hogar 5 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
111	¿Le ha vuelto la regla, (el período o menstruación) después del nacimiento de (NOMBRE HIJO(A))?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 113 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 114	111	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 113 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 114	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 113 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 114
112	¿Le volvió su regla, (el período o menstruación) entre el nacimiento de (NOMBRE HIJO(A)) y el siguiente embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 114	112	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 114	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 114
113	¿Después de que su hijo(a) saliera del sitio donde nació (Clínica, hospital, parto tradicional, otro; o Si nació en el hogar) alguna persona del área de la salud, o asistente de parto tradicional revisó su estado de salud?	a. Meses <input type="text"/> b. No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	113	a. Meses <input type="text"/> b. No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	a. Meses <input type="text"/> b. No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
114	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE HIJO(A))?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 116	114	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 116	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 116
115	¿Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE HIJO(A)) usted volvió a tener relaciones sexuales? (Si no sabe registre código 999)	Días 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	115	Días 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Días 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
116	Actualmente (hoy), ¿tiene alguna de estas situaciones, que usted piensa que están relacionadas con el parto:	a. Se le sale la orina cuando tose, cuando se ríe fuerte o cuando hace esfuerzos? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> b. Se le sale el popo (caca) de manera involuntaria? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> c. Se le salen pedos de manera involuntaria? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> d. Otra, ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	116	a. Se le sale la orina cuando tose, cuando se ríe fuerte o cuando hace esfuerzos? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> b. Se le sale el popo (caca) de manera involuntaria? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> c. Se le salen pedos de manera involuntaria? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> d. Otra, ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. Se le sale la orina cuando tose, cuando se ríe fuerte o cuando hace esfuerzos? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> b. Se le sale el popo (caca) de manera involuntaria? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> c. Se le salen pedos de manera involuntaria? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> d. Otra, ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
117	¿(NOMBRE HIJO(A)) está viviendo con usted?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="text"/> Pase a 122 No 2 <input type="checkbox"/>	117	Sí 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="text"/> Pase a 13 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="text"/> Pase a 13 No 2 <input type="checkbox"/>
118	¿Qué edad tenía (NOMBRE HIJO(A)) cuando dejó de vivir en su hogar por primera vez?	Años cumplidos <input type="text"/>	118	Años cumplidos <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/>

119	¿(NOMBRE HIJO(A)) vive en este o en otro país?	<div>En este país 1 <input type="text"/></div> <div>En otro país 2 <input type="text"/></div> <div>¿Cuál?</div> <div>Venezuela 1 <input type="text"/></div> <div>Estados unidos 2 <input type="text"/></div> <div>España 3 <input type="text"/></div> <div>Ecuador 4 <input type="text"/></div> <div>Panamá 5 <input type="text"/></div> <div>Canadá 6 <input type="text"/></div> <div>Otro, ¿Cuál? 7 <input type="text"/></div> <div>No sabe 9 <input type="text"/></div>	119	<div>En este país 1 <input type="text"/></div> <div>En otro país 2 <input type="text"/></div> <div>¿Cuál?</div> <div>Venezuela 1 <input type="text"/></div> <div>Estados unidos 2 <input type="text"/></div> <div>España 3 <input type="text"/></div> <div>Ecuador 4 <input type="text"/></div> <div>Panamá 5 <input type="text"/></div> <div>Canadá 6 <input type="text"/></div> <div>Otro, ¿Cuál? 7 <input type="text"/></div> <div>No sabe 9 <input type="text"/></div>	<div>En este país 1 <input type="text"/></div> <div>En otro país 2 <input type="text"/></div> <div>¿Cuál?</div> <div>Venezuela 1 <input type="text"/></div> <div>Estados unidos 2 <input type="text"/></div> <div>España 3 <input type="text"/></div> <div>Ecuador 4 <input type="text"/></div> <div>Panamá 5 <input type="text"/></div> <div>Canadá 6 <input type="text"/></div> <div>Otro, ¿Cuál? 7 <input type="text"/></div> <div>No sabe 9 <input type="text"/></div>
120	¿Por qué razón principal (NOMBRE HIJO(A)) dejó de vivir en su hogar la primera vez que salió de él?	<div>Búsqueda de independencia 1 <input type="text"/></div> <div>Irse a vivir con su pareja 2 <input type="text"/></div> <div>Oportunidades laborales o educativas 3 <input type="text"/></div> <div>Desplazamiento forzado 4 <input type="text"/></div> <div>Malas relaciones familiares 5 <input type="text"/></div> <div>Para vivir con el padre u otro familiar 6 <input type="text"/></div> <div>Otra, ¿Cuál? 7 <input type="text"/></div> <div>No sabe 9 <input type="text"/></div> <div>Para cualquier opción de respuesta pase a 122</div>	120	<div>Búsqueda de independencia 1 <input type="text"/></div> <div>Irse a vivir con su pareja 2 <input type="text"/></div> <div>Oportunidades laborales o educativas 3 <input type="text"/></div> <div>Desplazamiento forzado 4 <input type="text"/></div> <div>Malas relaciones familiares 5 <input type="text"/></div> <div>Para vivir con el padre u otro familiar 6 <input type="text"/></div> <div>Otra, ¿Cuál? 7 <input type="text"/></div> <div>No sabe 9 <input type="text"/></div> <div>Para cualquier opción de respuesta pase a 122</div>	<div>Búsqueda de independencia 1 <input type="text"/></div> <div>Irse a vivir con su pareja 2 <input type="text"/></div> <div>Oportunidades laborales o educativas 3 <input type="text"/></div> <div>Desplazamiento forzado 4 <input type="text"/></div> <div>Malas relaciones familiares 5 <input type="text"/></div> <div>Para vivir con el padre u otro familiar 6 <input type="text"/></div> <div>Otra, ¿Cuál? 7 <input type="text"/></div> <div>No sabe 9 <input type="text"/></div> <div>Para cualquier opción de respuesta pase a 122</div>
121	Si alguna opción es "Sí", continúe, de lo contrario pase a 96	<div>a) Años cumplidos <input type="text"/></div> <div>b) Meses cumplidos <input type="text"/></div> <div>(Solo para menores de 1 año)</div> <div>c) Días cumplidos <input type="text"/></div> <div>(Solo para menores de 1 mes)</div>	121	<div>a) Años cumplidos <input type="text"/></div> <div>b) Meses cumplidos <input type="text"/></div> <div>(Solo para menores de 1 año)</div> <div>c) Días cumplidos <input type="text"/></div> <div>(Solo para menores de 1 mes)</div>	<div>a) Años cumplidos <input type="text"/></div> <div>b) Meses cumplidos <input type="text"/></div> <div>(Solo para menores de 1 año)</div> <div>c) Días cumplidos <input type="text"/></div> <div>(Solo para menores de 1 mes)</div>
122	¿Antes de (NOMBRE HIJO(A)) tuvo otro(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?	<div>Sí 1 <input type="text"/> Pase a siguiente hijo(a)</div> <div>No 2 <input type="text"/> Pase a capítulo K</div>	122	<div>Sí 1 <input type="text"/> Pase a siguiente hijo(a)</div> <div>No 2 <input type="text"/> Pase a capítulo K</div>	<div>Sí 1 <input type="text"/> Pase a siguiente hijo(a)</div> <div>No 2 <input type="text"/> Pase a capítulo K</div>

CAPÍTULO J. FECUNDIDAD - MUJERES (para las mujeres de 13 años o más que han tenido relaciones sexuales)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre los hijos que las mujeres de 50 años o más han tenido			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
SECCION J3. FECUNDIDAD DE MUJERES DE 50 AÑOS O MÁS (para mujeres de 50 años o más que han tenido relaciones sexuales)			
1	¿Usted ha tenido hija(o)s nacida(o)s viva(o)s?	Sí 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/>  No 2 <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine	Sí 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/>  No 2 <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine
2	¿Cuántos(as) de sus hijos(as) viven en el país, cuántos(as) viven en el extranjero y cuántos(as) han fallecido?	a. Hombres en el país <input type="text"/> b. Mujeres en el país <input type="text"/> c. Hombres fuera del país <input type="text"/>  d. Mujeres fuera del país <input type="text"/>  e. Hombres fallecidos <input type="text"/> f. Mujeres fallecidas <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine	a. Hombres en el país <input type="text"/> b. Mujeres en el país <input type="text"/> c. Hombres fuera del país <input type="text"/>  d. Mujeres fuera del país <input type="text"/>  e. Hombres fallecidos <input type="text"/> f. Mujeres fallecidas <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine
3	¿En qué país (o países) viven cada una(o) sus hijas(os) que viven en el exterior?	Hombres Mujeres a. Venezuela <input type="text"/> b. Estados Unidos <input type="text"/> c. España <input type="text"/> d. Ecuador <input type="text"/> e. Panamá <input type="text"/> f. Canadá <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>  *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine	Hombres Mujeres a. Venezuela <input type="text"/> b. Estados Unidos <input type="text"/> c. España <input type="text"/> d. Ecuador <input type="text"/> e. Panamá <input type="text"/> f. Canadá <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>  *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine

CAPÍTULO J. FECUNDIDAD - MUJERES (para las mujeres de 13 años o más que han tenido relaciones sexuales)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre los hijos que las mujeres de 50 años o más han tenido				
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
SECCION J3. FECUNDIDAD DE MUJERES DE 50 AÑOS O MÁS (para mujeres de 50 años o más que han tenido relaciones sexuales)				
1	¿Usted ha tenido hija(o)s nacida(o)s viva(o)s?	Sí 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/>  No 2 <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine	Sí 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/>  No 2 <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine	Sí 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/>  No 2 <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine
2	¿Cuántos(as) de sus hijos(as) viven en el país, cuántos(as) viven en el extranjero y cuántos(as) han fallecido?	a. Hombres en el país <input type="text"/> b. Mujeres en el país <input type="text"/> c. Hombres fuera del país <input type="text"/>  d. Mujeres fuera del país <input type="text"/>  e. Hombres fallecidos <input type="text"/> f. Mujeres fallecidas <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine	a. Hombres en el país <input type="text"/> b. Mujeres en el país <input type="text"/> c. Hombres fuera del país <input type="text"/>  d. Mujeres fuera del país <input type="text"/>  e. Hombres fallecidos <input type="text"/> f. Mujeres fallecidas <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine	a. Hombres en el país <input type="text"/> b. Mujeres en el país <input type="text"/> c. Hombres fuera del país <input type="text"/>  d. Mujeres fuera del país <input type="text"/>  e. Hombres fallecidos <input type="text"/> f. Mujeres fallecidas <input type="text"/> *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine
3	¿En qué país (o países) viven cada una(o) sus hijas(os) que viven en el exterior?	Hombres Mujeres a. Venezuela <input type="text"/> b. Estados Unidos <input type="text"/> c. España <input type="text"/> d. Ecuador <input type="text"/> e. Panamá <input type="text"/> f. Canadá <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>  *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine	Hombres Mujeres a. Venezuela <input type="text"/> b. Estados Unidos <input type="text"/> c. España <input type="text"/> d. Ecuador <input type="text"/> e. Panamá <input type="text"/> f. Canadá <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>  *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine	Hombres Mujeres a. Venezuela <input type="text"/> b. Estados Unidos <input type="text"/> c. España <input type="text"/> d. Ecuador <input type="text"/> e. Panamá <input type="text"/> f. Canadá <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>  *Si D3< 70 años, pase a capítulo X *Si D3>= 70 años o más, termine

CAPÍTULO K. PREFERENCIAS DE REPRODUCCIÓN - MUJERES (para todas las mujeres de 13 a 49 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre los hijos e hijas que a las mujeres de 13 a 49 años les gustaría tener			
LAS PREGUNTAS 1 A 18 DE ESTE CAPÍTULO SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES			
LAS PREGUNTAS 1 A 4 SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE HAN TENIDO HIJOS(AS) NACIDOS(AS) VIVOS(AS)			
1	¿Le gustaría tener otro(a) hijo(a) o preferiría no tener más?	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> No puede volver a quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 3	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> No puede volver a quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 3
2	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de otro(a) hijo(a)?	Meses ¿Cuántos? 1 <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses ¿Cuántos? 1 <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
3	Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos(as) y pudiera elegir exactamente el número de hijos(as) que tendría en toda su vida, ¿cuánto(as) serían?	Número de hijos <input type="text"/> *si el número es 0 pase a 11 *Si no sabe registre código 99 y pase a 11	Número de hijos <input type="text"/> *si el número es 0 pase a 11 *Si no sabe registre código 99 y pase a 11
4	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres y para cuántos no le importaría el sexo?	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 11	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 11

CAPÍTULO K. PREFERENCIAS DE REPRODUCCIÓN - MUJERES (para todas las mujeres de 13 a 49 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre los hijos e hijas que a las mujeres de 13 a 49 años les gustaría tener				
LAS PREGUNTAS 1 A 18 DE ESTE CAPÍTULO SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES				
LAS PREGUNTAS 1 A 4 SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE HAN TENIDO HIJOS(AS) NACIDOS(AS) VIVOS(AS)				
1	¿Le gustaría tener otro(a) hijo(a) o preferiría no tener más?	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> No puede volver a quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 3	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> No puede volver a quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 3	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> No puede volver a quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 3
2	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de otro(a) hijo(a)?	Meses ¿Cuántos? 1 <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses ¿Cuántos? 1 <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses ¿Cuántos? 1 <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
3	Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos(as) y pudiera elegir exactamente el número de hijos(as) que tendría en toda su vida, ¿cuánto(as) serían?	Número de hijos <input type="text"/> *si el número es 0 pase a 11 *Si no sabe registre código 99 y pase a 11	Número de hijos <input type="text"/> *si el número es 0 pase a 11 *Si no sabe registre código 99 y pase a 11	Número de hijos <input type="text"/> *si el número es 0 pase a 11 *Si no sabe registre código 99 y pase a 11
4	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres y para cuántos no le importaría el sexo?	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 11	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 11	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 11

LAS PREGUNTAS 5 Y 6 SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE NO HAN TENIDO HIJOS(AS) NACIDOS(AS) VIVOS(AS), PERO ESTÁN EMBARAZADAS			
5	Después del hijo(a) que está esperando, ¿le gustaría tener otro(a) hijo(a) o preferiría no tener más hijos(as)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>
6	¿Después del nacimiento que está esperando, cuánto tiempo le gustaría esperar antes de tener otro(a) hijo(a)?	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable <input type="checkbox"/> Después del matrimonio <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 6 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable <input type="checkbox"/> Después del matrimonio <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 6 <input type="checkbox"/>
LAS PREGUNTAS 7 Y 8 SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE NO HAN TENIDO HIJOS(AS) NACIDOS(AS) VIVOS(AS) NI ESTÁN EMBARAZADAS			
7	¿Le gustaría tener hijos(as)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>
8	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de un(a) hijo(a)?	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
9	Si pudiera elegir exactamente el número de hijos(as) que tendría en toda su vida, ¿cuántos(as) serían?	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe registre código 99 y pase a 11	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe registre código 99 y pase a 11
10	¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran mujeres y cuántos hombres y para cuántos no le importaría el sexo?	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>

LAS PREGUNTAS 5 Y 6 SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE NO HAN TENIDO HIJOS(AS) NACIDOS(AS) VIVOS(AS), PERO ESTÁN EMBARAZADAS			
5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>
6	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable <input type="checkbox"/> Después del matrimonio <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 6 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable <input type="checkbox"/> Después del matrimonio <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 6 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable <input type="checkbox"/> Después del matrimonio <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 6 <input type="checkbox"/>
LAS PREGUNTAS 7 Y 8 SON PARA MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE NO HAN TENIDO HIJOS(AS) NACIDOS(AS) VIVOS(AS) NI ESTÁN EMBARAZADAS			
7	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indecisa, no sabe 9 <input type="checkbox"/>
8	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="checkbox"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="checkbox"/> Después del matrimonio 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
9	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe registre código 99 y pase a 11	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe registre código 99 y pase a 11	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe registre código 99 y pase a 11
10	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>



11	¿Su pareja desea el mismo número de hijos que usted quiere, o él quiere más, o menos?	Mismo número 1 <input type="checkbox"/> Más hijos(as) 2 <input type="checkbox"/> Menos hijos(as) 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Mismo número 1 <input type="checkbox"/> Más hijos(as) 2 <input type="checkbox"/> Menos hijos(as) 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
12	¿Alguna vez ha deseado quedar embarazada y no lo ha logrado?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a capítulo L. *Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a 18.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a capítulo L. *Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a 18.
13	¿Desde cuándo lleva buscando un embarazo?	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 año y menos de 2 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> 5 años o más 4 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 5 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 año y menos de 2 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> 5 años o más 4 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 5 <input type="checkbox"/>
14	¿Ha consultado alguna vez a especialistas en fertilidad para quedar embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17
15	En ese momento, ¿qué razón le dieron para no haber logrado quedar embarazada?	Problema de salud del cónyuge o compañero 1 <input type="checkbox"/> Problema de salud suyo 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No le dieron la razón 4 <input type="checkbox"/> No recuerda 5 <input type="checkbox"/>	Problema de salud del cónyuge o compañero 1 <input type="checkbox"/> Problema de salud suyo 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No le dieron la razón 4 <input type="checkbox"/> No recuerda 5 <input type="checkbox"/>
16	¿Usted o su pareja están recibiendo algún tratamiento para la infertilidad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 18 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 18 No 2 <input type="checkbox"/>
16A	¿Por qué razón usted o su pareja no están recibiendo algún tratamiento para la infertilidad?	Es muy costoso 1 <input type="checkbox"/> Su fé se lo prohíbe 2 <input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero se opone 3 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 4 <input type="checkbox"/> No, Por otra razón, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No, está embarazada 6 <input type="checkbox"/> Pase a 18 Pase a capítulo L	Es muy costoso 1 <input type="checkbox"/> Su fé se lo prohíbe 2 <input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero se opone 3 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 4 <input type="checkbox"/> No, Por otra razón, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No, está embarazada 6 <input type="checkbox"/> Pase a 18 Pase a capítulo L

11	Mismo número 1 <input type="checkbox"/> Más hijos(as) 2 <input type="checkbox"/> Menos hijos(as) 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Mismo número 1 <input type="checkbox"/> Más hijos(as) 2 <input type="checkbox"/> Menos hijos(as) 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Mismo número 1 <input type="checkbox"/> Más hijos(as) 2 <input type="checkbox"/> Menos hijos(as) 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a capítulo L. *Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a 18.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a capítulo L. *Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a 18.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada), pase a capítulo L. *Si (J1)1=2 (NO está embarazada), pase a 18.
13	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 año y menos de 2 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> 5 años o más 4 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 5 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 año y menos de 2 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> 5 años o más 4 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 5 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 año y menos de 2 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> 5 años o más 4 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 5 <input type="checkbox"/>
14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17
15	Problema de salud del cónyuge o compañero 1 <input type="checkbox"/> Problema de salud suyo 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No le dieron la razón 4 <input type="checkbox"/> No recuerda 5 <input type="checkbox"/>	Problema de salud del cónyuge o compañero 1 <input type="checkbox"/> Problema de salud suyo 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No le dieron la razón 4 <input type="checkbox"/> No recuerda 5 <input type="checkbox"/>	Problema de salud del cónyuge o compañero 1 <input type="checkbox"/> Problema de salud suyo 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No le dieron la razón 4 <input type="checkbox"/> No recuerda 5 <input type="checkbox"/>
14	¿Usted o su pareja están recibiendo algún tratamiento para la infertilidad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 18 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 18 No 2 <input type="checkbox"/>
16	Es muy costoso 1 <input type="checkbox"/> Su fé se lo prohíbe 2 <input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero se opone 3 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 4 <input type="checkbox"/> No, Por otra razón, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No, está embarazada 6 <input type="checkbox"/> Pase a 18 Pase a capítulo L	Es muy costoso 1 <input type="checkbox"/> Su fé se lo prohíbe 2 <input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero se opone 3 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 4 <input type="checkbox"/> No, Por otra razón, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No, está embarazada 6 <input type="checkbox"/> Pase a 18 Pase a capítulo L	Es muy costoso 1 <input type="checkbox"/> Su fé se lo prohíbe 2 <input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero se opone 3 <input type="checkbox"/> Ya no está buscando 4 <input type="checkbox"/> No, Por otra razón, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No, está embarazada 6 <input type="checkbox"/> Pase a 18 Pase a capítulo L

17	¿Por qué razón no ha consultado?	a) No le parece importante o no lo cree necesario	1	<input type="checkbox"/>	a) Queda lejos, es difícil llegar	1	<input type="checkbox"/>	a) Queda lejos, es difícil llegar	1	<input type="checkbox"/>	a) Queda lejos, es difícil llegar	1	<input type="checkbox"/>
		b) No tiene dinero	2	<input type="checkbox"/>	b) No tenía tiempo	2	<input type="checkbox"/>	b) No tenía tiempo	2	<input type="checkbox"/>	b) No tenía tiempo	2	<input type="checkbox"/>
		c) La consulta es muy costosa	3	<input type="checkbox"/>	c) No le gustan los hospitales o centros médicos	3	<input type="checkbox"/>	c) No le gustan los hospitales o centros médicos	3	<input type="checkbox"/>	c) No le gustan los hospitales o centros médicos	3	<input type="checkbox"/>
		d) No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre	4	<input type="checkbox"/>	d) No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre	4	<input type="checkbox"/>	d) No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre	4	<input type="checkbox"/>	d) No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre	4	<input type="checkbox"/>
		e) Le dió miedo o pena	5	<input type="checkbox"/>	e) Le dió miedo o pena	5	<input type="checkbox"/>	e) Le dió miedo o pena	5	<input type="checkbox"/>	e) Le dió miedo o pena	5	<input type="checkbox"/>
		f) No sabe dónde prestan el servicio	6	<input type="checkbox"/>	f) No sabe dónde prestan el servicio	6	<input type="checkbox"/>	f) No sabe dónde prestan el servicio	6	<input type="checkbox"/>	f) No sabe dónde prestan el servicio	6	<input type="checkbox"/>
		g) No estaba afiliada	7	<input type="checkbox"/>	g) No estaba afiliada	7	<input type="checkbox"/>	g) No estaba afiliada	7	<input type="checkbox"/>	g) No estaba afiliada	7	<input type="checkbox"/>
		h) No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte	8	<input type="checkbox"/>	h) No tenía dinero para pagar la consulta o para el transporte	8	<input type="checkbox"/>	h) No tenía dinero para pagar la consulta o para el transporte	8	<input type="checkbox"/>	h) No tenía dinero para pagar la consulta o para el transporte	8	<input type="checkbox"/>
		i) Los horarios no le servían	9	<input type="checkbox"/>	i) Los horarios no le servían	9	<input type="checkbox"/>	i) Los horarios no le servían	9	<input type="checkbox"/>	i) Los horarios no le servían	9	<input type="checkbox"/>
		j) No le daban permiso e	10	<input type="checkbox"/>	j) No le daban permiso e	10	<input type="checkbox"/>	j) No le daban permiso e	10	<input type="checkbox"/>	j) No le daban permiso e	10	<input type="checkbox"/>
		k) No le dieron la cita	11	<input type="checkbox"/>	k) No le dieron la cita	11	<input type="checkbox"/>	k) No le dieron la cita	11	<input type="checkbox"/>	k) No le dieron la cita	11	<input type="checkbox"/>
		l) Le cobraban la cita	12	<input type="checkbox"/>	l) Le cobraban la cita	12	<input type="checkbox"/>	l) Le cobraban la cita	12	<input type="checkbox"/>	l) Le cobraban la cita	12	<input type="checkbox"/>
		m) No se sintió enferma	13	<input type="checkbox"/>	m) No se sintió enferma	13	<input type="checkbox"/>	m) No se sintió enferma	13	<input type="checkbox"/>	m) No se sintió enferma	13	<input type="checkbox"/>
		n) Le exigían muchos trámites	14	<input type="checkbox"/>	n) Le exigían muchos trámites	14	<input type="checkbox"/>	n) Le exigían muchos trámites	14	<input type="checkbox"/>	n) Le exigían muchos trámites	14	<input type="checkbox"/>
		o) Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta	15	<input type="checkbox"/>	o) Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta	15	<input type="checkbox"/>	o) Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta	15	<input type="checkbox"/>	o) Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta	15	<input type="checkbox"/>
		p) No le parece importante o no lo cree necesario	16	<input type="checkbox"/>	p) No le parece importante o no lo cree necesario	16	<input type="checkbox"/>	p) No le parece importante o no lo cree necesario	16	<input type="checkbox"/>	p) No le parece importante o no lo cree necesario	16	<input type="checkbox"/>
		q) Otra, ¿Cuál? _____	17	<input type="checkbox"/>	q) Otra, ¿Cuál? _____	17	<input type="checkbox"/>	q) Otra, ¿Cuál? _____	17	<input type="checkbox"/>	q) Otra, ¿Cuál? _____	17	<input type="checkbox"/>
				*Si (J1)1=1 (está embarazada), pase a capítulo L Si (J1)1=2 (NO está embarazada), continúe		*Si (J1)1=1 (está embarazada), pase a capítulo L Si (J1)1=2 (NO está embarazada), continúe		*Si (J1)1=1 (está embarazada), pase a capítulo L Si (J1)1=2 (NO está embarazada), continúe		*Si (J1)1=1 (está embarazada), pase a capítulo L Si (J1)1=2 (NO está embarazada), continúe		*Si (J1)1=1 (está embarazada), pase a capítulo L Si (J1)1=2 (NO está embarazada), continúe	
		18	¿Si en las semanas siguientes descubriera que está embarazada, para usted sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?	Gran problema	1	<input type="checkbox"/>	Gran problema	1	<input type="checkbox"/>	Gran problema	1	<input type="checkbox"/>	Gran problema
Pequeño problema	2			<input type="checkbox"/>	Pequeño problema	2	<input type="checkbox"/>	Pequeño problema	2	<input type="checkbox"/>	Pequeño problema	2	<input type="checkbox"/>
		No sería un problema	3	<input type="checkbox"/>	No sería un problema	3	<input type="checkbox"/>	No sería un problema	3	<input type="checkbox"/>	No sería un problema	3	<input type="checkbox"/>
		No puede quedar embarazada o no tiene relaciones	4	<input type="checkbox"/>	No puede quedar embarazada o no tiene relaciones	4	<input type="checkbox"/>	No puede quedar embarazada o no tiene relaciones	4	<input type="checkbox"/>	No puede quedar embarazada o no tiene relaciones	4	<input type="checkbox"/>
		Pase a capítulo L		Pase a capítulo L		Pase a capítulo L		Pase a capítulo L		Pase a capítulo L		Pase a capítulo L	

**LAS PREGUNTAS 19 A 22 DE ESTE CAPÍTULO SON RESPONDIDAS POR MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES**

SEXUALES			
19	¿Le gustaría tener hijos(as)?	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Indecisa, 9 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Indecisa, 9 <input type="text"/>
		Pase a capítulo M	Pase a capítulo M
20	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de un(a) hijo(a)?	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="text"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="text"/> Después del matrimonio 4 <input type="text"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="text"/> _____ No sabe 6 <input type="text"/>	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/> Pronto / Ahora 2 <input type="text"/> Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="text"/> Después del matrimonio 4 <input type="text"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="text"/> _____ No sabe 6 <input type="text"/>
21	Si pudiera elegir exactamente el número de hijos(as) que tendría en toda su vida, ¿cuántos(as) serían?	Número de hijos <input type="text"/> <input type="text"/> Si no sabe registre código 99 y pase a capítulo M	Número de hijos <input type="text"/> <input type="text"/> Si no sabe registre código 99 y pase a capítulo M
22	¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran mujeres y cuántos hombres y para cuántos no le importaría el sexo?	a. Hombres <input type="text"/> <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a capítulo M	a. Hombres <input type="text"/> <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a capítulo M

**CAPÍTULO L. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO - MUJERES (para todas las mujeres de 13 a 49 años que han tenido relaciones sexuales)**

Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre las interrupciones del embarazo de las mujeres de 13 a 49 años

1	¿Ha tenido alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción del embarazo o aborto inducido, embarazo extrauterino o un nacido muerto?	<p>Sí 1 <input type="text"/></p> <p>No 2 <input type="text"/> Pase a 9</p>	<p>Sí 1 <input type="text"/></p> <p>No 2 <input type="text"/> Pase a 9</p>
2	¿Cuántos de esos embarazos ha tenido en toda su vida?	<p>Embarazos</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Embarazos</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>

**LAS PREGUNTAS 1 A 19 a 22 DE ESTE CAPÍTULO SON RESPONDIDAS POR MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES**

SEJUALES			
19	<p>Sí 1 <input type="text"/></p> <p>No 2 <input type="text"/></p> <p>Indecisa, 9 <input type="text"/></p> <p>Pase a capítulo M</p>	<p>Sí 1 <input type="text"/></p> <p>No 2 <input type="text"/></p> <p>Indecisa, 9 <input type="text"/></p> <p>Pase a capítulo M</p>	<p>Sí 1 <input type="text"/></p> <p>No 2 <input type="text"/></p> <p>Indecisa, 9 <input type="text"/></p> <p>Pase a capítulo M</p>
20	<p>Meses 1 <input type="text"/></p> <p>¿Cuántos? <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Pronto / Ahora 2 <input type="text"/></p> <p>Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="text"/></p> <p>Después del matrimonio 4 <input type="text"/></p> <p>Otra, ¿cuál? 5 <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>No sabe 6 <input type="text"/></p>	<p>Meses 1 <input type="text"/></p> <p>¿Cuántos? <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Pronto / Ahora 2 <input type="text"/></p> <p>Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="text"/></p> <p>Después del matrimonio 4 <input type="text"/></p> <p>Otra, ¿cuál? 5 <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>No sabe 6 <input type="text"/></p>	<p>Meses 1 <input type="text"/></p> <p>¿Cuántos? <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Pronto / Ahora 2 <input type="text"/></p> <p>Cuando tenga una pareja estable 3 <input type="text"/></p> <p>Después del matrimonio 4 <input type="text"/></p> <p>Otra, ¿cuál? 5 <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>No sabe 6 <input type="text"/></p>
21	<p>Número de hijos <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Si no sabe registre código 99 y pase a capítulo M</p>	<p>Número de hijos <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Si no sabe registre código 99 y pase a capítulo M</p>	<p>Número de hijos <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Si no sabe registre código 99 y pase a capítulo M</p>
22	<p>a. Hombres <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>b. Mujeres <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>c. No le importaría el sexo <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Pase a capítulo M</p>	<p>a. Hombres <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>b. Mujeres <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>c. No le importaría el sexo <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Pase a capítulo M</p>	<p>a. Hombres <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>b. Mujeres <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>c. No le importaría el sexo <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Pase a capítulo M</p>

**CAPÍTULO L. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO - MUJERES (para todas las mujeres de 13 a 49 años que han tenido relaciones sexuales)**

Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre las interrupciones del embarazo de las mujeres de 13 a 49 años

1	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9
2	Embarazos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Embarazos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Embarazos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO L. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO - MUJERES (para todas las mujeres de 13 a 49 años que han tenido relaciones sexuales)

SECCIÓN EMBARAZOS QUE HAN TERMINADO EN PÉRDIDA

Pregunta

NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER DENTRO DEL HOGAR

Nombre:

Apellidos:

Ahora vamos a hablar de cada uno de esos embarazos empezando por el último

Preg.		Último	Penúltimo	Antepenúltimo
3	¿En qué mes y año ocurrió el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div><div><div>M</div><div>M</div></div><div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div></div>	<div><div><div>M</div><div>M</div></div><div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div></div>	<div><div><div>M</div><div>M</div></div><div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div></div>
4	¿Qué edad tenía cuando ocurrió el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div>Años cumplidos</div> <div><div></div><div></div></div>	<div>Años cumplidos</div> <div><div></div><div></div></div>	<div>Años cumplidos</div> <div><div></div><div></div></div>
5	¿Cómo terminó el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div>Pérdida o aborto espontáneo</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Aborto inducido (IVE)</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Embarazo extrauterino</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Muerte fetal o nacido muerto</div> <div>4</div> <div><div></div></div>	<div>Pérdida o aborto espontáneo</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Aborto inducido (IVE)</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Embarazo extrauterino</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Muerte fetal o nacido muerto</div> <div>4</div> <div><div></div></div>	<div>Pérdida o aborto espontáneo</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Aborto inducido (IVE)</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Embarazo extrauterino</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Muerte fetal o nacido muerto</div> <div>4</div> <div><div></div></div>
6	¿Cuántos meses de embarazo tenía en el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div>Meses cumplidos</div> <div><div></div></div>	<div>Meses cumplidos</div> <div><div></div></div>	<div>Meses cumplidos</div> <div><div></div></div>
6A	¿Cuando estaba embarazada del (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos, tuvo alguna vez controles o chequeos durante el embarazo (antes de la pérdida/Aborto inducido/Embarazo extrauterino/muerte fetal o nacido muerto)?	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div>	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div>	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div>
7	¿Recibió atención por parte de personal de salud en el momento en que terminó ese embarazo?	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Pase a 9</div>	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Pase a 9</div>	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Pase a 9</div>
8	¿En qué lugar la atendieron el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div>Hospital, centro o puesto de salud público</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Clínica privada</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>IPS o centro de atención de salud</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Su hogar</div> <div>4</div> <div><div></div></div> <div>Cooperante internacional</div> <div>5</div> <div><div></div></div> <div>Otro, ¿Cuál?</div> <div>6</div> <div><div></div></div>	<div>Hospital, centro o puesto de salud público</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Clínica privada</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>IPS o centro de atención de salud</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Su hogar</div> <div>4</div> <div><div></div></div> <div>Cooperante internacional</div> <div>5</div> <div><div></div></div> <div>Otro, ¿Cuál?</div> <div>6</div> <div><div></div></div>	<div>Hospital, centro o puesto de salud público</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Clínica privada</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>IPS o centro de atención de salud</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Su hogar</div> <div>4</div> <div><div></div></div> <div>Cooperante internacional</div> <div>5</div> <div><div></div></div> <div>Otro, ¿Cuál?</div> <div>6</div> <div><div></div></div>

CAPÍTULO L. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO - MUJERES (para todas las mujeres de 13 a 49 años que han tenido relaciones sexuales)

SECCIÓN EMBARAZOS QUE HAN TERMINADO EN PÉRDIDA

Pregunta

NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER DENTRO DEL HOGAR

Nombre:

Apellidos:

Ahora vamos a hablar de cada uno de esos embarazos empezando por el último

Preg.		Último	Penúltimo	Antepenúltimo
3	¿En qué mes y año ocurrió el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div><div><div>M</div><div>M</div></div><div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div></div>	<div><div><div>M</div><div>M</div></div><div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div></div>	<div><div><div>M</div><div>M</div></div><div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div></div>
4	¿Qué edad tenía cuando ocurrió el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div>Años cumplidos</div> <div><div></div><div></div></div>	<div>Años cumplidos</div> <div><div></div><div></div></div>	<div>Años cumplidos</div> <div><div></div><div></div></div>
5	¿Cómo terminó el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div>Pérdida o aborto espontáneo</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Aborto inducido (IVE)</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Embarazo extrauterino</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Muerte fetal o nacido muerto</div> <div>4</div> <div><div></div></div>	<div>Pérdida o aborto espontáneo</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Aborto inducido (IVE)</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Embarazo extrauterino</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Muerte fetal o nacido muerto</div> <div>4</div> <div><div></div></div>	<div>Pérdida o aborto espontáneo</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Aborto inducido (IVE)</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Embarazo extrauterino</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Muerte fetal o nacido muerto</div> <div>4</div> <div><div></div></div>
6	¿Cuántos meses de embarazo tenía en el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div>Meses cumplidos</div> <div><div></div></div>	<div>Meses cumplidos</div> <div><div></div></div>	<div>Meses cumplidos</div> <div><div></div></div>
7	¿Cuando estaba embarazada del (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos, tuvo alguna vez controles o chequeos durante el embarazo (antes de la pérdida/Aborto inducido/Embarazo extrauterino/muerte fetal o nacido muerto)?	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div>	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div>	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div>
7	¿Recibió atención por parte de personal de salud en el momento en que terminó ese embarazo?	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Pase a 9</div>	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Pase a 9</div>	<div>Sí</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>Pase a 9</div>
8	¿En qué lugar la atendieron el (ÚLTIMO/PENÚLTIMO/ANTEPENÚLTIMO) de esos embarazos?	<div>Hospital, centro o puesto de salud público</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Clínica privada</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>IPS o centro de atención de salud</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Su hogar</div> <div>4</div> <div><div></div></div> <div>Cooperante internacional</div> <div>5</div> <div><div></div></div> <div>Otro, ¿Cuál?</div> <div>6</div> <div><div></div></div>	<div>Hospital, centro o puesto de salud público</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Clínica privada</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>IPS o centro de atención de salud</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Su hogar</div> <div>4</div> <div><div></div></div> <div>Cooperante internacional</div> <div>5</div> <div><div></div></div> <div>Otro, ¿Cuál?</div> <div>6</div> <div><div></div></div>	<div>Hospital, centro o puesto de salud público</div> <div>1</div> <div><div></div></div> <div>Clínica privada</div> <div>2</div> <div><div></div></div> <div>IPS o centro de atención de salud</div> <div>3</div> <div><div></div></div> <div>Su hogar</div> <div>4</div> <div><div></div></div> <div>Cooperante internacional</div> <div>5</div> <div><div></div></div> <div>Otro, ¿Cuál?</div> <div>6</div> <div><div></div></div>

CAPÍTULO L. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO - MUJERES (para todas las mujeres de 13 a 49 años que han tenido relaciones sexuales)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO			
9	¿Conoce que desde el año 2006 el aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo es un derecho fundamental de las mujeres en Colombia?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11
10	Voy a leer varios casos que pueden ser motivos para solicitar un aborto inducido o IVE a una institución de salud. ¿Cuáles cree usted que son permitidos:	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Por la sola decisión de la mujer hasta la semana 24 + 6 de gestación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Cuando el embarazo es por una violación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Para salvar la vida de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Por la sola decisión de la mujer hasta la semana 24 + 6 de gestación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Cuando el embarazo es por una violación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Para salvar la vida de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>
11	¿Solicitó alguna vez un aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo IVE en alguna institución de salud después del 2006?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a Capítulo M No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a Capítulo M No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/>
12	¿Cuántas veces ha solicitado aborto inducido o IVE desde 2006?	Veces <input type="text"/>	Veces <input type="text"/>
13	¿En qué año fue la última vez que solicitó aborto inducido o IVE?	Año <input type="text"/>	Año <input type="text"/>

CAPÍTULO L. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO - MUJERES (para todas las mujeres de 13 a 49 años que han tenido relaciones sexuales)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO				
9		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11
10		<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Por la sola decisión de la mujer hasta la semana 24 + 6 de gestación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Cuando el embarazo es por una violación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Para salvar la vida de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Por la sola decisión de la mujer hasta la semana 24 + 6 de gestación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Cuando el embarazo es por una violación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Para salvar la vida de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Por la sola decisión de la mujer hasta la semana 24 + 6 de gestación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Cuando el embarazo es por una violación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Para salvar la vida de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>
11		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a Capítulo M No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a Capítulo M No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a Capítulo M No sabe o no responde 9 <input type="checkbox"/>
12		Veces <input type="text"/>	Veces <input type="text"/>	Veces <input type="text"/>
13		Año <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Año <input type="text"/>

14	¿A qué institución de salud le solicitó la realización del aborto inducido o IVE? (Si la persona se ha realizado varias IVE, solicítele que se refiera a la última)	Su EPS 1 <input type="checkbox"/> Una institución particular 2 <input type="checkbox"/> Una institución pública (Hospital público) pues no tiene EPS 3 <input type="checkbox"/> Otra institución, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>	Su EPS 1 <input type="checkbox"/> Una institución particular 2 <input type="checkbox"/> Una institución pública (Hospital público) pues no tiene EPS 3 <input type="checkbox"/> Otra institución, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>
15	¿Cuál fue la razón principal por la que usted solicitó ese aborto inducido o IVE? (Recuerde formular la pregunta y esperar respuesta)	Riesgo para su vida 1 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud física 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud mental 3 <input type="checkbox"/> Fue víctima de una violación 4 <input type="checkbox"/> Malformación grave del feto 5 <input type="checkbox"/> Incompatible con la vida extrauterina 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Riesgo para su vida 1 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud física 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud mental 3 <input type="checkbox"/> Fue víctima de una violación 4 <input type="checkbox"/> Malformación grave del feto 5 <input type="checkbox"/> Incompatible con la vida extrauterina 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
16	¿La institución de salud le realizó ese aborto inducido o IVE que usted solicitó?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21
17	¿Cuánto tiempo transcurrió en días, desde que solicitó ese aborto inducido o IVE y la realización del procedimiento?	1 a 5 días 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 6 a 15 días 2 <input type="checkbox"/> 16 a 30 días 3 <input type="checkbox"/> 31 días o más 4 <input type="checkbox"/>	1 a 5 días 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 6 a 15 días 2 <input type="checkbox"/> 16 a 30 días 3 <input type="checkbox"/> 31 días o más 4 <input type="checkbox"/>
18	¿Por qué el procedimiento se demoró más de 5 días?	a. Demoras en el sistema de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Motivos personales 1 <input type="checkbox"/> c. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Demoras en el sistema de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Motivos personales 1 <input type="checkbox"/> c. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>
19	¿Tuvo que solicitar apoyo judicial para acceder a ese aborto inducido o IVE?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
20	¿Cuál fue la participación de la pareja que usted tenía en ese momento con relación a su decisión y proceso para la realización del aborto inducido o IVE que me está comentando?	Nunca le dijo 1 <input type="checkbox"/> Se enteró y la apoyó 2 <input type="checkbox"/> Se enteró pero no la apoyó 3 <input type="checkbox"/> No tenía pareja en ese momento 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Pase a 22	Nunca le dijo 1 <input type="checkbox"/> Se enteró y la apoyó 2 <input type="checkbox"/> Se enteró pero no la apoyó 3 <input type="checkbox"/> No tenía pareja en ese momento 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Pase a 22

14	Su EPS 1 <input type="checkbox"/> Una institución particular 2 <input type="checkbox"/> Una institución pública (Hospital público) pues no tiene EPS 3 <input type="checkbox"/> Otra institución, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>	Su EPS 1 <input type="checkbox"/> Una institución particular 2 <input type="checkbox"/> Una institución pública (Hospital público) pues no tiene EPS 3 <input type="checkbox"/> Otra institución, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>	Su EPS 1 <input type="checkbox"/> Una institución particular 2 <input type="checkbox"/> Una institución pública (Hospital público) pues no tiene EPS 3 <input type="checkbox"/> Otra institución, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>
15	Riesgo para su vida 1 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud física 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud mental 3 <input type="checkbox"/> Fue víctima de una violación 4 <input type="checkbox"/> Malformación grave del feto 5 <input type="checkbox"/> Incompatible con la vida extrauterina 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Riesgo para su vida 1 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud física 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud mental 3 <input type="checkbox"/> Fue víctima de una violación 4 <input type="checkbox"/> Malformación grave del feto 5 <input type="checkbox"/> Incompatible con la vida extrauterina 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Riesgo para su vida 1 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud física 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud mental 3 <input type="checkbox"/> Fue víctima de una violación 4 <input type="checkbox"/> Malformación grave del feto 5 <input type="checkbox"/> Incompatible con la vida extrauterina 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
16	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21
17	1 a 5 días 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 6 a 15 días 2 <input type="checkbox"/> 16 a 30 días 3 <input type="checkbox"/> 31 días o más 4 <input type="checkbox"/>	1 a 5 días 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 6 a 15 días 2 <input type="checkbox"/> 16 a 30 días 3 <input type="checkbox"/> 31 días o más 4 <input type="checkbox"/>	1 a 5 días 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 6 a 15 días 2 <input type="checkbox"/> 16 a 30 días 3 <input type="checkbox"/> 31 días o más 4 <input type="checkbox"/>
18	a. Demoras en el sistema de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Motivos personales 1 <input type="checkbox"/> c. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Demoras en el sistema de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Motivos personales 1 <input type="checkbox"/> c. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Demoras en el sistema de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Motivos personales 1 <input type="checkbox"/> c. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>
19	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
20	Nunca le dijo 1 <input type="checkbox"/> Se enteró y la apoyó 2 <input type="checkbox"/> Se enteró pero no la apoyó 3 <input type="checkbox"/> No tenía pareja en ese momento 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Pase a 22	Nunca le dijo 1 <input type="checkbox"/> Se enteró y la apoyó 2 <input type="checkbox"/> Se enteró pero no la apoyó 3 <input type="checkbox"/> No tenía pareja en ese momento 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Pase a 22	Nunca le dijo 1 <input type="checkbox"/> Se enteró y la apoyó 2 <input type="checkbox"/> Se enteró pero no la apoyó 3 <input type="checkbox"/> No tenía pareja en ese momento 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> Pase a 22

21	¿Por qué no se realizó el aborto inducido o IVE?	<div>a. La pareja, familia o amigos la hicieron cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>b. El equipo de salud la hizo cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Usted no recibió información completa ni oportuna1<input type="checkbox"/></div> <div>d. El equipo de salud no lo realizó1<input type="checkbox"/></div> <div>e. La IPS se demoró en programar el procedimiento1<input type="checkbox"/></div> <div>f. Sintió temor porque creyó que se podía morir1<input type="checkbox"/></div> <div>g. Usted se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo1<input type="checkbox"/></div> <div>h. La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde1<input type="checkbox"/></div> <div>i. Decidió hacer el aborto en otro sitio1<input type="checkbox"/></div> <div>j. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a Capítulo M</div>	<div>a. La pareja, familia o amigos la hicieron cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>b. El equipo de salud la hizo cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Usted no recibió información completa ni oportuna1<input type="checkbox"/></div> <div>d. El equipo de salud no lo realizó1<input type="checkbox"/></div> <div>e. La IPS se demoró en programar el procedimiento1<input type="checkbox"/></div> <div>f. Sintió temor porque creyó que se podía morir1<input type="checkbox"/></div> <div>g. Usted se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo1<input type="checkbox"/></div> <div>h. La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde1<input type="checkbox"/></div> <div>i. Decidió hacer el aborto en otro sitio1<input type="checkbox"/></div> <div>j. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a Capítulo M</div>	21	<div>a. La pareja, familia o amigos la hicieron cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>b. El equipo de salud la hizo cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Usted no recibió información completa ni oportuna1<input type="checkbox"/></div> <div>d. El equipo de salud no lo realizó1<input type="checkbox"/></div> <div>e. La IPS se demoró en programar el procedimiento1<input type="checkbox"/></div> <div>f. Sintió temor porque creyó que se podía morir1<input type="checkbox"/></div> <div>g. Usted se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo1<input type="checkbox"/></div> <div>h. La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde1<input type="checkbox"/></div> <div>i. Decidió hacer el aborto en otro sitio1<input type="checkbox"/></div> <div>j. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a Capítulo M</div>	<div>a. La pareja, familia o amigos la hicieron cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>b. El equipo de salud la hizo cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Usted no recibió información completa ni oportuna1<input type="checkbox"/></div> <div>d. El equipo de salud no lo realizó1<input type="checkbox"/></div> <div>e. La IPS se demoró en programar el procedimiento1<input type="checkbox"/></div> <div>f. Sintió temor porque creyó que se podía morir1<input type="checkbox"/></div> <div>g. Usted se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo1<input type="checkbox"/></div> <div>h. La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde1<input type="checkbox"/></div> <div>i. Decidió hacer el aborto en otro sitio1<input type="checkbox"/></div> <div>j. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a Capítulo M</div>	<div>a. La pareja, familia o amigos la hicieron cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>b. El equipo de salud la hizo cambiar de decisión1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Usted no recibió información completa ni oportuna1<input type="checkbox"/></div> <div>d. El equipo de salud no lo realizó1<input type="checkbox"/></div> <div>e. La IPS se demoró en programar el procedimiento1<input type="checkbox"/></div> <div>f. ¿A qué institución de salud le solicitó la realización del aborto inducido o IVE?1<input type="checkbox"/></div> <div>g. Usted se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo1<input type="checkbox"/></div> <div>h. La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde1<input type="checkbox"/></div> <div>i. Decidió hacer el aborto en otro sitio1<input type="checkbox"/></div> <div>j. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a Capítulo M</div>
22	¿Cómo evalúa su experiencia con los servicios de salud, en relación a la información brindada y el acceso al procedimiento de aborto inducido o IVE?	<div>Buena1<input type="checkbox"/></div> <div>Regular2<input type="checkbox"/></div> <div>Mala3<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>	<div>Buena1<input type="checkbox"/></div> <div>Regular2<input type="checkbox"/></div> <div>Mala3<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>	22	<div>Buena1<input type="checkbox"/></div> <div>Regular2<input type="checkbox"/></div> <div>Mala3<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>	<div>Buena1<input type="checkbox"/></div> <div>Regular2<input type="checkbox"/></div> <div>Mala3<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>	<div>Buena1<input type="checkbox"/></div> <div>Regular2<input type="checkbox"/></div> <div>Mala3<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>
23	¿Por qué califica su experiencia como regular o mala?	<div>a. Demoras en el sistema de salud para autorizarlo o efectuarlo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Estigmatización o maltrato por parte del personal de salud1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>	<div>a. Demoras en el sistema de salud para autorizarlo o efectuarlo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Estigmatización o maltrato por parte del personal de salud1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>	23	<div>a. Demoras en el sistema de salud para autorizarlo o efectuarlo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Estigmatización o maltrato por parte del personal de salud1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>	<div>a. Demoras en el sistema de salud para autorizarlo o efectuarlo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Estigmatización o maltrato por parte del personal de salud1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>	<div>a. Demoras en el sistema de salud para autorizarlo o efectuarlo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Estigmatización o maltrato por parte del personal de salud1<input type="checkbox"/></div> <div>c. Otra, ¿cuál?1<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a capítulo M</div>

CAPÍTULO M. ANTICONCEPCIÓN - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)

SECCIÓN CONOCIMIENTO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO

Pregunta

NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER DENTRO DEL HOGAR \_\_\_\_\_

Nombre:

\_\_\_\_\_

Apellidos:

\_\_\_\_\_

AHORA QUISIERA PREGUNTARLE ACERCA DE UN TEMA DIFERENTE. HAY VARIOS MÉTODOS QUE UNA PAREJA PUEDE USAR PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO.

No.	Método	1. ¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)?	2. ¿Dónde obtuvo información sobre (MÉTODO)?
a.	<b>Esterilización Femenina</b> (Algunas mujeres pueden realizarse una operación para evitar tener hijos (ligadura de trompas o desconexión).	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
b.	<b>Esterilización Masculina</b> (Algunos hombres pueden realizarse una operación para evitar que la mujer quede embarazada (vasectomía o desconexión del hombre)).	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
c.	<b>Píldoras</b> (Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas del hombre).	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
d.	<b>Dispositivo intrauterino (DIU)</b> (Hace referencia dispositivos como son la T de cobre o dispositivo intrauterino hormonal como Mirena / Jaydess) El profesional de la salud puede colocar dentro del útero de la mujer, un dispositivo en forma de "T". Este dispositivo puede ser una T de cobre o un dispositivo hormonal	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO M. ANTICONCEPCIÓN - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)

SECCIÓN CONOCIMIENTO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO

NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER DENTRO DEL HOGAR \_\_\_\_\_

Nombre:

\_\_\_\_\_

Apellidos:

\_\_\_\_\_

AHORA QUISIERA PREGUNTARLE ACERCA DE UN TEMA DIFERENTE. HAY VARIOS MÉTODOS QUE UNA PAREJA PUEDE USAR PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO.

No.	1. ¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)?	2. ¿Dónde obtuvo información sobre (MÉTODO)?
a.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
b.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
c.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
d.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>



e.	<b>Inyección</b> Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
f.	<b>Implantes subdérmicos</b> Las mujeres pueden mandarse colocar por un profesional de la salud, una cápsula (Implanon), dos (Jadelle) o seis (Norplant) en la parte alta de su brazo, las cuales pueden prevenir el embarazo por tres o cinco años.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
g.	<b>Anillo Vaginal</b> La mujer se puede introducir dentro de la vagina un anillo elaborado en un plástico especial, flexible y transparente, una vez al mes y lo deja durante tres semanas.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
h.	<b>Condón para hombres y Condón para mujeres</b> Los hombres y mujeres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
i.	<b>Espuma, Jalea, Óvulos</b> Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de la vagina antes de la relación.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
j.	<b>Método de Amenorrea por Lactancia</b> Después de un nacimiento, una mujer estaría protegida de quedar embarazada mientras esté lactando frecuentemente hasta que le regrese la menstruación.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

e.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
f.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
g.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
h.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
i.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
j.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

k.	<b>Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings</b> Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del ciclo menstrual en los cuales la mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
l.	<b>Retiro</b> Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, desarrollarse o eyacular por fuera de la vagina de la mujer.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
m.	<b>Anticoncepción de emergencia</b> Las mujeres pueden tomar píldoras anticonceptivas hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual o mandarse colocar un DIU hasta 5 días después para evitar quedar embarazada.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
n.	<b>Parche transdérmico</b> Las mujeres pueden colocarse un parche anticonceptivo sobre la piel una vez por semana, durante tres semanas consecutivas, y luego no se coloca ningún parche durante una semana.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
o.	<b>Otros métodos</b> Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____  No 2 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

k.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
l.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
m.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
n.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
o.	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____  No 2 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO M. ANTICONCEPCIÓN - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre el conocimiento y las prácticas de las mujeres temas relacionados con anticoncepción			
SECCIÓN USO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO			
3	¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5
4	¿En dónde?	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>
		b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/>	b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/>
		c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/>	c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/>
		d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/>	d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/>
		e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/>	e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/>
		f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/>	f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/>
		g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>
5	¿Sí quiere, Usted misma puede conseguir un condón?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
6	¿Sabe usted dónde se puede obtener otros métodos anticonceptivos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8
7	¿En dónde?	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>
		b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/>	b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/>
		c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/>	c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/>
		d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/>	d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/>
		e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/>	e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/>
		f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/>	f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/>
		g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO M. ANTICONCEPCIÓN - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre el conocimiento y las prácticas de las mujeres temas relacionados con anticoncepción				
SECCIÓN USO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO				
3	¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5
4	¿En dónde?	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>
		b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/>	b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/>	b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/>
		c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/>	c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/>	c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/>
		d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/>	d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/>	d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/>
		e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/>	e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/>	e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/>
		f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/>	f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/>	f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/>
		g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>
5	¿Sí quiere, Usted misma puede conseguir un condón?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
6	¿Sabe usted dónde se puede obtener otros métodos anticonceptivos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8
7	¿En dónde?	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>
		b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/>	b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/>	b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/>
		c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/>	c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/>	c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/>
		d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/>	d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/>	d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/>
		e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/>	e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/>	e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/>
		f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/>	f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/>	f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/>
		g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>

8	¿Usted o su pareja alguna vez han usado algún método anticonceptivo o tratado de alguna manera de demorar o evitar quedar embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 48	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 48
9	¿Cuántos(as) hijos(as) (sobrevivientes) tenía usted la primera vez que hizo algo o usó un método para evitar quedar embarazada?	Hijos <input type="text"/>	Hijos <input type="text"/>
10	¿Usted se ha hecho operar para no tener (más) hijos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21
11	¿En qué sitio tuvo lugar la cirugía de esterilización?	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
12	¿En qué mes y año la operaron?	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13	¿Antes de su operación de esterilización le dijeron que no podía tener (más) hijos(as) a causa de esta operación?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
14	¿Antes de la cirugía le dijeron de los efectos secundarios o complicaciones que podría tener con el método?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 16	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 16
15	¿Le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
16	¿Antes de la cirugía, le hablaron acerca de otros métodos anticonceptivos que podía usar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
17	¿Se ha arrepentido de haber sido operada para no tener (más) hijos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 19	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 19
18	¿Cuál es la razón principal por la cual está arrepentida de haber sido operada?	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
19	¿Su pareja sabe que está operada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Pase a 27	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Pase a 27

8	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 48	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 48	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 48
9	Hijos <input type="text"/>	Hijos <input type="text"/>	Hijos <input type="text"/>
10	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21
11	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
12	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 16	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 16	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 16
15	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
16	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
17	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 19	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 19	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 19
18	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
19	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Pase a 27	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Pase a 27	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Pase a 27

20	¿Su operación fue su decisión, la de su pareja o lo decidieron en conjunto?	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>
21	¿Su pareja se ha hecho operar para no tener más hijos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Si M10=1 (Sí), Pase a 27; Si M10=2 (NO), pase a 28	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Si M10=1 (Sí), Pase a 27; Si M10=2 (NO), pase a 28
22	¿En qué sitio tuvo lugar la cirugía de esterilización de su pareja?	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>
23	¿En qué mes y año operaron a su pareja?	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>
24	¿Antes de la operación de esterilización o vasectomía le dijeron a su pareja que no podía tener (más) hijos(as) a causa de esta operación?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
25	¿Su pareja se ha arrepentido de haber sido operado para no tener más hijos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 27	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 27
26	¿Cuál es la razón principal por la cual su pareja está arrepentido de haber sido operado?	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>

20	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>
21	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Si M10=1 (Sí), Pase a 27; Si M10=2 (NO), pase a 28	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Si M10=1 (Sí), Pase a 27; Si M10=2 (NO), pase a 28	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> Si M10=1 (Sí), Pase a 27; Si M10=2 (NO), pase a 28
22	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>
23	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/>
24	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
25	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 27	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 27	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 27
26	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>	Desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/> Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>

27	Además de la esterilización, ¿Usted o su pareja usa actualmente alguno de los siguientes métodos:	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
28	¿Cuál(es) de los siguiente métodos ha utilizado usted o su pareja:	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
29	¿Actualmente usted o su pareja está haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Está embarazada</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	Está embarazada	3	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Está embarazada</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	Está embarazada	3	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Está embarazada	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Está embarazada	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																							

27		<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
28		<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo. calendario,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
29		<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Está embarazada</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	Está embarazada	3	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Está embarazada</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 45</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	Está embarazada	3	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Está embarazada	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Está embarazada	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																							

30	¿Cuál de los siguientes métodos están utilizando principalmente usted o su pareja:	Píldoras?	1	<input type="checkbox"/>	Píldoras?	1	<input type="checkbox"/>		
		Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	2	<input type="checkbox"/>	Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	2	<input type="checkbox"/>		
		Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal	3	<input type="checkbox"/>	Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal	3	<input type="checkbox"/>		
		Inyección mensual?	4	<input type="checkbox"/>	Inyección mensual?	4	<input type="checkbox"/>		
		Inyección trimestral?	5	<input type="checkbox"/>	Inyección trimestral?	5	<input type="checkbox"/>		
		Implantes subdérmicos?	6	<input type="checkbox"/>	Implantes subdérmicos?	6	<input type="checkbox"/>		
		Anillo vaginal?	7	<input type="checkbox"/>	Anillo vaginal?	7	<input type="checkbox"/>		
		Condón para mujeres?	8	<input type="checkbox"/>	Condón para mujeres?	8	<input type="checkbox"/>		
		Condón para hombres?	9	<input type="checkbox"/>	Condón para hombres?	9	<input type="checkbox"/>		
		Espuma, jalea, óvulos?	10	<input type="checkbox"/>	Espuma, jalea, óvulos?	10	<input type="checkbox"/>		
		Parche transdérmico?	11	<input type="checkbox"/>	Parche transdérmico?	11	<input type="checkbox"/>		
		Amenorrea por lactancia?	12	<input type="checkbox"/>	Amenorrea por lactancia?	12	<input type="checkbox"/>		
		Abstinencia periódica, ritmo, calendario,	13	<input type="checkbox"/>	Abstinencia periódica, ritmo, calendario,	13	<input type="checkbox"/>		
		Retiro?	14	<input type="checkbox"/>	Retiro?	14	<input type="checkbox"/>		
		Otro método, ¿cuál?	15	<input type="checkbox"/>	Otro método, ¿cuál?	15	<input type="checkbox"/>		
		31	¿Cómo determina en qué días de su ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales para no quedar en embarazo?	Con el calendario	1	<input type="checkbox"/>	Con el calendario	1	<input type="checkbox"/>
				De acuerdo a la temperatura de mi cuerpo tomada con un termómetro	2	<input type="checkbox"/>	De acuerdo a la temperatura de mi cuerpo tomada con un termómetro	2	<input type="checkbox"/>
Por el flujo vaginal que genere (Moco cervical) o Método de Billings	3			<input type="checkbox"/>	Por el flujo vaginal que genere (Moco cervical) o Método de Billings	3	<input type="checkbox"/>		
De acuerdo a la temperatura del cuerpo y por el moco	4			<input type="checkbox"/>	De acuerdo a la temperatura del cuerpo y por el moco	4	<input type="checkbox"/>		
Otra forma, cuál?	5			<input type="checkbox"/>	Otra forma, cuál?	5	<input type="checkbox"/>		
Ningún sistema específico	6			<input type="checkbox"/>	Ningún sistema específico	6	<input type="checkbox"/>		
32	¿Su pareja sabe que está usando este método anticonceptivo?			Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
		No tiene pareja	3	<input type="checkbox"/>	No tiene pareja	3	<input type="checkbox"/>		
33	¿El uso de este método fue su decisión, la de su pareja o lo decidieron en conjunto?	Su decisión	1	<input type="checkbox"/>	Su decisión	1	<input type="checkbox"/>		
		La de su pareja	2	<input type="checkbox"/>	La de su pareja	2	<input type="checkbox"/>		
		En conjunto	3	<input type="checkbox"/>	En conjunto	3	<input type="checkbox"/>		
		Otro, ¿cuál?	4	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	4	<input type="checkbox"/>		

34	¿Dónde aprendió a usar este método?	Autodidacta o aprendió a usarlo solo	1	<input type="checkbox"/>	Autodidacta o aprendió a usarlo solo	1	<input type="checkbox"/>	Autodidacta o aprendió a usarlo solo	1	<input type="checkbox"/>			
		Hospital, centro o puesto público de salud	2	<input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud	2	<input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud	2	<input type="checkbox"/>			
		Clínica privada	3	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	3	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	3	<input type="checkbox"/>			
		IPS o Centro de salud de su EPS	4	<input type="checkbox"/>	IPS o Centro de salud de su EPS	4	<input type="checkbox"/>	IPS o Centro de salud de su EPS	4	<input type="checkbox"/>			
		Consultorio de médico particular	5	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	5	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	5	<input type="checkbox"/>			
		Con un familiar o amigo(a)	6	<input type="checkbox"/>	Con un familiar o amigo(a)	6	<input type="checkbox"/>	Con un familiar o amigo(a)	6	<input type="checkbox"/>			
		Otro, ¿cuál?	7	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	7	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	7	<input type="checkbox"/>			
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>			
		Pase a 42				Pase a 42				Pase a 42			
35	¿Cuándo usted empezó a usar este método, ¿le dijeron sobre los efectos secundarios o complicaciones que podría tener?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>			
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>			
		Pase a 37				Pase a 37				Pase a 37			
36	¿A usted le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>			
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>			
37	¿En el momento de empezar a usar el método, le hablaron acerca de otros métodos anticonceptivos que podía usar?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>			
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>			
38	¿Su pareja sabe que está usando este método anticonceptivo?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>			
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>			
		No tiene pareja	3	<input type="checkbox"/>	No tiene pareja	3	<input type="checkbox"/>	No tiene pareja	3	<input type="checkbox"/>			
		Pase a 40				Pase a 40				Pase a 40			
39	¿El uso de la anticoncepción fue su decisión, la de su pareja o lo decidieron en conjunto?	Su decisión	1	<input type="checkbox"/>	Su decisión	1	<input type="checkbox"/>	Su decisión	1	<input type="checkbox"/>			
		La de su pareja	2	<input type="checkbox"/>	La de su pareja	2	<input type="checkbox"/>	La de su pareja	2	<input type="checkbox"/>			
		En conjunto	3	<input type="checkbox"/>	En conjunto	3	<input type="checkbox"/>	En conjunto	3	<input type="checkbox"/>			
		Otro, ¿cuál?	4	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	4	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	4	<input type="checkbox"/>			
40	¿Dónde obtuvo este método, cuando comenzó a usarlo de manera continua?	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>			
		Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>			
		IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>	IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>	IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>			
		Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>			
		Droguería, farmacia, botica	5	<input type="checkbox"/>	Droguería, farmacia, botica	5	<input type="checkbox"/>	Droguería, farmacia, botica	5	<input type="checkbox"/>			
		Supermercado o tienda	6	<input type="checkbox"/>	Supermercado o tienda	6	<input type="checkbox"/>	Supermercado o tienda	6	<input type="checkbox"/>			
		Automedicación	7	<input type="checkbox"/>	Automedicación	7	<input type="checkbox"/>	Automedicación	7	<input type="checkbox"/>			
		Con un familiar o amigo(a)	8	<input type="checkbox"/>	Con un familiar o amigo(a)	8	<input type="checkbox"/>	Con un familiar o amigo(a)	8	<input type="checkbox"/>			
		Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>			
		No sabe	99	<input type="checkbox"/>	No sabe	99	<input type="checkbox"/>	No sabe	99	<input type="checkbox"/>			



41	¿Dónde le prescribieron u obtuvo este método, la última vez?	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>
		Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>
		IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>	IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>
		Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>
		Droguería, farmacia, botica	5	<input type="checkbox"/>	Droguería, farmacia, botica	5	<input type="checkbox"/>
		Supermercado o tienda	6	<input type="checkbox"/>	Supermercado o tienda	6	<input type="checkbox"/>
		Automedicación	7	<input type="checkbox"/>	Automedicación	7	<input type="checkbox"/>
		Con un familiar o amigo(a)	8	<input type="checkbox"/>	Con un familiar o amigo(a)	8	<input type="checkbox"/>
Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>		
No sabe	99	<input type="checkbox"/>	No sabe	99	<input type="checkbox"/>		
42	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente este método la última vez?	Mes	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>
		Año	<input type="text"/>	A	<input type="text"/>	A	<input type="text"/>
43	Además del método principal, usted o su pareja usa(n) otro(s) método(s) anticonceptivo(s)?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
44	¿Cuál(es) método(s)?	Pildoras?	1	<input type="checkbox"/>	Pildoras?	1	<input type="checkbox"/>
		Dispositivo intrauterino (DIU como T de cobre)?	2	<input type="checkbox"/>	Dispositivo intrauterino (DIU como T de cobre)?	2	<input type="checkbox"/>
		Dispositivo intrauterino (DIU hormonal)?	3	<input type="checkbox"/>	Dispositivo intrauterino (DIU hormonal)?	3	<input type="checkbox"/>
		Inyección mensual?	4	<input type="checkbox"/>	Inyección mensual?	4	<input type="checkbox"/>
		Inyección trimestral?	5	<input type="checkbox"/>	Inyección trimestral?	5	<input type="checkbox"/>
		Implantes subdérmicos?	6	<input type="checkbox"/>	Implantes subdérmicos?	6	<input type="checkbox"/>
		Anillo vaginal?	7	<input type="checkbox"/>	Anillo vaginal?	7	<input type="checkbox"/>
		Condón para mujeres?	8	<input type="checkbox"/>	Condón para mujeres?	8	<input type="checkbox"/>
		Condón para hombres?	9	<input type="checkbox"/>	Condón para hombres?	9	<input type="checkbox"/>
		Espuma, jalea, óvulos?	10	<input type="checkbox"/>	Espuma, jalea, óvulos?	10	<input type="checkbox"/>
		Parche transdérmico?	11	<input type="checkbox"/>	Parche transdérmico?	11	<input type="checkbox"/>
		Amenorrea por lactancia?	12	<input type="checkbox"/>	Amenorrea por lactancia?	12	<input type="checkbox"/>
		Abstinencia periódica, ritmo, calendario.	13	<input type="checkbox"/>	Abstinencia periódica, ritmo, calendario.	13	<input type="checkbox"/>
		Retiro?	14	<input type="checkbox"/>	Retiro?	14	<input type="checkbox"/>
		Otro método, ¿cuál?	15	<input type="checkbox"/>	Otro método, ¿cuál?	15	<input type="checkbox"/>

CAPÍTULO M. ANTICONCEPCIÓN - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)	
SECCIÓN CALENDARIO	
NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER DENTRO DEL HOGAR _____	
Nombre:	_____
Apellidos:	_____
<b>LA PREGUNTA 45 CORRESPONDE AL CALENDARIO, PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE TENGA EN CUENTA LAS INSTRUCCIONES QUE SE PRESENTAN. PARA SU DILIGENCIAMIENTO TENGA EN CUENTA LAS FECHAS DE RESPUESTA DE LAS PREGUNTAS 12, 23 Y 42</b>	
<p>En la Columna 1 se registra el código de los eventos como: Nacimientos, Embarazos, Terminaciones de Embarazo y Uso de Métodos Anticonceptivos; en la Columna 2 se registra el código de los eventos que generaron discontinuidad de uso de anticonceptivos</p> <p>En la Columna 1, por ejemplo, se anotará información codificada que describe los eventos en cada uno de los periodos de tiempo tales como: el embarazo, el nacimiento y el uso de anticonceptivos. Para el correcto diligenciamiento es necesario definir ciertas pautas:</p> <p>El Calendario se construye en etapas sucesivas:</p> <p>Primero, parte del Calendario se completa con información ya suministrada durante la entrevista y se toma directamente de las respuestas que ya están anotadas en alguna parte.</p> <p>Segundo, el resto de casillas se completan utilizando como puntos de referencia, como la información transcrita al Calendario en la primera parte.</p>	

Columna C1

Por cada nacimiento vivo desde Enero de 2015 (pregunta 4 de la sección J2 del capítulo J (Fecundidad)), ponga una "N" en el mes del nacimiento y una "E" para los meses anteriores de embarazo (pregunta 4 de la sección J2 del capítulo J (Fecundidad)).

Para embarazos actuales coloque una "E" en cada mes de embarazo (pregunta 2 del capítulo J1 del capítulo J (Fecundidad)). Para todos los embarazos que terminaron en un no nacido vivo (pregunta 3 del capítulo L), coloque una "T" en el mes de la terminación del embarazo y una "E" en cada mes de embarazo (pregunta 6 del capítulo L). Ejemplo: Si un aborto en el tercer mes de embarazo cumplido ocurrió en Febrero de 2020, entonces coloque una "T" en Febrero de 2020 y una "E" en cada uno de los tres meses anteriores).

Por cada método anticonceptivo usado desde Enero de 2015, escriba el código del método en los meses en los cuales ese método fue utilizado continuamente. Si se trata de esterilización, la pregunta 12 de este capítulo le dice cuándo la(o) operaron; Si fue anterior a Enero de 2015, marque el código "1" en la casilla de Enero de 2015 y en el mes de la entrevista y una estas dos fechas (en caso de hacer la encuesta en papel). La pregunta 30 le permite saber qué método está usando en la actualidad y la pregunta 42 de este capítulo le indica desde cuándo está usando el método actual. Si utilizó un método por un periodo largo de tiempo (por lo menos 3 o 4 meses), anote el código en el primero y el último mes de uso y conecte estas dos fechas (en caso de hacer la encuesta en papel). Como último paso, los meses en los cuales no se utilizó ningún método (y no hubo embarazo, nacido vivo o terminación de embarazo), debe ser codificado con "0" en la Columna 1.

Debe tenerse en cuenta cada mes en la Columna 1; por lo tanto cada mes debe ser llenado con un código.

Columna C2

Por cada nacimiento vivo desde enero de 2015 (pregunta 4 de la sección J2 del capítulo J (Fecundidad)), ponga una "N" en el mes del nacimiento y una "E" para los meses anteriores de embarazo (pregunta 4 de la sección J2 del capítulo J (Fecundidad)).

Para embarazos actuales coloque una "E" en cada mes de embarazo (pregunta 2 del capítulo J1 del capítulo J (Fecundidad)). Para todos los embarazos que terminaron en un no nacido vivo (pregunta 3 del capítulo L), coloque una "T" en el mes de la terminación del embarazo y una "E" en cada mes de embarazo (pregunta 6 del capítulo L). Ejemplo: Si un aborto en el tercer mes de embarazo cumplido ocurrió en Febrero de 2020, entonces coloque una "T" en Febrero de 2020 y una "E" en cada uno de los tres meses anteriores).

Por cada método anticonceptivo usado desde Enero de 2015, escriba el código del método en los meses en los cuales ese método fue utilizado continuamente. Si se trata de esterilización, la pregunta 12 de este capítulo le dice cuándo la(o) operaron; Si fue anterior a Enero de 2015, marque el código "1" en la casilla de Enero de 2015 y en el mes de la entrevista y una estas dos fechas (en caso de hacer la encuesta en papel). La pregunta 30 le permite saber qué método está usando en la actualidad y la pregunta 42 de este capítulo le indica desde cuándo está usando el método actual. Si utilizó un método por un periodo largo de tiempo (por lo menos 3 o 4 meses), anote el código en el primero y el último mes de uso y conecte estas dos fechas (en caso de hacer la encuesta en papel). Como último paso, los meses en los cuales no se utilizó ningún método (y no hubo embarazo, nacido vivo o terminación de embarazo), debe ser codificado con "0" en la Columna 1.

Debe tenerse en cuenta cada mes en la Columna 1; por lo tanto cada mes debe ser llenado con un código.

CAPÍTULO M. ANTICONCEPCIÓN - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)	
SECCIÓN CALENDARIO	
NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER DENTRO DEL HOGAR _____	
Nombre:	_____
Apellidos:	_____
<b>LA PREGUNTA 45 CORRESPONDE AL CALENDARIO, PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE TENGA EN CUENTA LAS INSTRUCCIONES QUE SE PRESENTAN. PARA SU DILIGENCIAMIENTO TENGA EN CUENTA LAS FECHAS DE RESPUESTA DE LAS PREGUNTAS 12, 23 Y 42</b>	
<p>En la Columna 1 se registra el código de los eventos como: Nacimientos, Embarazos, Terminaciones de Embarazo y Uso de Métodos Anticonceptivos; en la Columna 2 se registra el código de los eventos que generaron discontinuidad de uso de anticonceptivos</p> <p>En la Columna 1, por ejemplo, se anotará información codificada que describe los eventos en cada uno de los periodos de tiempo tales como: el embarazo, el nacimiento y el uso de anticonceptivos. Para el correcto diligenciamiento es necesario definir ciertas pautas:</p> <p>El Calendario se construye en etapas sucesivas:</p> <p>Primero, parte del Calendario se completa con información ya suministrada durante la entrevista y se toma directamente de las respuestas que ya están anotadas en alguna parte.</p> <p>Segundo, el resto de casillas se completan utilizando como puntos de referencia, como la información transcrita al Calendario en la primera parte.</p>	

Columna C1

Por cada nacimiento vivo desde Enero de 2015 (pregunta 4 de la sección J2 del capítulo J (Fecundidad)), ponga una "N" en el mes del nacimiento y una "E" para los meses anteriores de embarazo (pregunta 4 de la sección J2 del capítulo J (Fecundidad)).

Para embarazos actuales coloque una "E" en cada mes de embarazo (pregunta 2 del capítulo J1 del capítulo J (Fecundidad)). Para todos los embarazos que terminaron en un no nacido vivo (pregunta 3 del capítulo L), coloque una "T" en el mes de la terminación del embarazo y una "E" en cada mes de embarazo (pregunta 6 del capítulo L). Ejemplo: Si un aborto en el tercer mes de embarazo cumplido ocurrió en Febrero de 2020, entonces coloque una "T" en Febrero de 2020 y una "E" en cada uno de los tres meses anteriores).

Por cada método anticonceptivo usado desde Enero de 2015, escriba el código del método en los meses en los cuales ese método fue utilizado continuamente. Si se trata de esterilización, la pregunta 12 de este capítulo le dice cuándo la(o) operaron; Si fue anterior a Enero de 2015, marque el código "1" en la casilla de Enero de 2015 y en el mes de la entrevista y una estas dos fechas (en caso de hacer la encuesta en papel). La pregunta 30 le permite saber qué método está usando en la actualidad y la pregunta 42 de este capítulo le indica desde cuándo está usando el método actual. Si utilizó un método por un periodo largo de tiempo (por lo menos 3 o 4 meses), anote el código en el primero y el último mes de uso y conecte estas dos fechas (en caso de hacer la encuesta en papel). Como último paso, los meses en los cuales no se utilizó ningún método (y no hubo embarazo, nacido vivo o terminación de embarazo), debe ser codificado con "0" en la Columna 1.

Debe tenerse en cuenta cada mes en la Columna 1; por lo tanto cada mes debe ser llenado con un código.

Columna C2

Por cada nacimiento vivo desde enero de 2015 (pregunta 4 de la sección J2 del capítulo J (Fecundidad)), ponga una "N" en el mes del nacimiento y una "E" para los meses anteriores de embarazo (pregunta 4 de la sección J2 del capítulo J (Fecundidad)).

Para embarazos actuales coloque una "E" en cada mes de embarazo (pregunta 2 del capítulo J1 del capítulo J (Fecundidad)). Para todos los embarazos que terminaron en un no nacido vivo (pregunta 3 del capítulo L), coloque una "T" en el mes de la terminación del embarazo y una "E" en cada mes de embarazo (pregunta 6 del capítulo L). Ejemplo: Si un aborto en el tercer mes de embarazo cumplido ocurrió en Febrero de 2020, entonces coloque una "T" en Febrero de 2020 y una "E" en cada uno de los tres meses anteriores).

Por cada método anticonceptivo usado desde Enero de 2015, escriba el código del método en los meses en los cuales ese método fue utilizado continuamente. Si se trata de esterilización, la pregunta 12 de este capítulo le dice cuándo la(o) operaron; Si fue anterior a Enero de 2015, marque el código "1" en la casilla de Enero de 2015 y en el mes de la entrevista y una estas dos fechas (en caso de hacer la encuesta en papel). La pregunta 30 le permite saber qué método está usando en la actualidad y la pregunta 42 de este capítulo le indica desde cuándo está usando el método actual. Si utilizó un método por un periodo largo de tiempo (por lo menos 3 o 4 meses), anote el código en el primero y el último mes de uso y conecte estas dos fechas (en caso de hacer la encuesta en papel). Como último paso, los meses en los cuales no se utilizó ningún método (y no hubo embarazo, nacido vivo o terminación de embarazo), debe ser codificado con "0" en la Columna 1.

Debe tenerse en cuenta cada mes en la Columna 1; por lo tanto cada mes debe ser llenado con un código.

45

Ahora voy a preguntarle sobre el uso de anticonceptivos desde el año 2015 hasta la fecha:

2015

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2016

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2017

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2018

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2019

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2020

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

Continúe

Códigos para el registro de la Columna C1

N Nacimientos

E Embarazos

T Terminaciones

0 Ningún método

1 Esterilización femenina

2 Esterilización masculina

3 Píldoras

4 Dispositivo intrauterino DIU

5 Inyección mensual

6 Inyección trimestral

7 Implantes subdérmicos

8 Anillo vaginal

9 Parche transdérmico

10 Condón para mujeres

11 Condón para hombres

12 Espuma, jalea, óvulos

13 Amenorrea por lactancia

14 Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings

15 Retiro

16 Otro método

Códigos para el registro de la Columna C2

1 Quedó embarazada

2 Deseaba quedar embarazada

3 Pareja desaprobó

4 Efectos secundarios

5 Motivos de salud

6 Acceso o disponibilidad

7 Deseaba otro método más efectivo

8 Uso inconveniente

9 Sexo poco frecuente o pareja ausente

10 Costo

11 Difícil quedar embarazada o menopausia

12 Disolución marital o separación

13 Otro motivo, ¿cuál?

M

M

A

A

M

M

A

A

M

M

A

A

M

M

A

A

M

M

A

A

M

M

A

A

14 No sabe

45

Ahora voy a preguntarle sobre el uso de anticonceptivos desde el año 2015 hasta la fecha:

2015

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2016

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2017

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2018

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2019

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

2020

Mes

C1

C2

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Oct

Nov

Dic

Continúe

Códigos para el registro de la Columna C1

N Nacimientos

E Embarazos

T Terminaciones

0 Ningún método

1 Esterilización femenina

2 Esterilización masculina

3 Píldoras

4 Dispositivo intrauterino DIU

5 Inyección mensual

6 Inyección trimestral

7 Implantes subdérmicos

8 Anillo vaginal

9 Parche transdérmico

10 Condón para mujeres

11 Condón para hombres

12 Espuma, jalea, óvulos

13 Amenorrea por lactancia

14 Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings

15 Retiro

16 Otro método

Códigos para el registro de la Columna C2

1 Quedó embarazada

2 Deseaba quedar embarazada

3 Pareja desaprobó

4 Efectos secundarios

5 Motivos de salud

6 Acceso o disponibilidad

7 Deseaba otro método más efectivo

8 Uso inconveniente

9 Sexo poco frecuente o pareja ausente

10 Costo

11 Difícil quedar embarazada o menopausia

12 Disolución marital o separación

13 Otro motivo, ¿cuál?

M

M

A

A

M

M

A

A

M

M

A

A

M

M

A

A

M

M

A

A

M

M

A

A

14 No sabe

ENDS | ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2025

95

CAPÍTULO M. ANTICONCEPCIÓN - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
SECCIÓN USO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO			
46	¿Ha gastado dinero en métodos anticonceptivos para usted durante los últimos doce meses?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49
47	¿Aproximadamente cuánto dinero invierte AL MES en su método anticonceptivo?	Valor mensual \$ <input type="text"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49	Valor mensual \$ <input type="text"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49
48	¿Cuál es la principal razón por la que no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con hombres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Menopausia 4 <input type="checkbox"/> Histerectomía 5 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 6 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 7 <input type="checkbox"/> Entrevistada se opone 8 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, relación) 9 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 10 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 11 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 12 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 13 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con hombres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Menopausia 4 <input type="checkbox"/> Histerectomía 5 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 6 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 7 <input type="checkbox"/> Entrevistada se opone 8 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, relación) 9 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 10 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 11 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 12 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 13 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>
49	¿Cree que en el futuro usted usará algún método anticonceptivo para demorar el embarazo o evitar quedar embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 51 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 52	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 51 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 52

CAPÍTULO M. ANTICONCEPCIÓN - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
SECCIÓN USO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO				
46	¿Ha gastado dinero en métodos anticonceptivos para usted durante los últimos doce meses?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49
47	¿Aproximadamente cuánto dinero invierte AL MES en su método anticonceptivo?	Valor mensual \$ <input type="text"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49	Valor mensual \$ <input type="text"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49	Valor mensual \$ <input type="text"/> Si M29=1 (ESTÁ usando algún método), pase a 52; Si M29=2 (NO está usando algún método), pase a 48; Si M29=3 (ESTÁ embarazada), pase a 49
48	¿Cuál es la principal razón por la que no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con hombres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Menopausia 4 <input type="checkbox"/> Histerectomía 5 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 6 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 7 <input type="checkbox"/> Entrevistada se opone 8 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, relación) 9 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 10 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 11 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 12 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 13 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con hombres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Menopausia 4 <input type="checkbox"/> Histerectomía 5 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 6 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 7 <input type="checkbox"/> Entrevistada se opone 8 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, relación) 9 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 10 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 11 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 12 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 13 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con hombres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Menopausia 4 <input type="checkbox"/> Histerectomía 5 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 6 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 7 <input type="checkbox"/> Entrevistada se opone 8 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, relación) 9 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 10 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 11 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 12 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 13 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>
49	¿Cree que en el futuro usted usará algún método anticonceptivo para demorar el embarazo o evitar quedar embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 51 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 52	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 51 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 52	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 51 No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 52

[illegible]

		Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/>	Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/>		Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/>	Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/>	Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 14 <input type="checkbox"/>
		Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/>	Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/>		Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/>	Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/>	Es muy costoso 15 <input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>		Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>
52	¿Alguna vez la han obligado a usar un método anticonceptivo en contra de su voluntad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 54	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 54	52	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 54	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 54	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 54
53	¿Quién la obligó?	a. Padre o madre 1 <input type="checkbox"/> b. Padrastro o madrastra 2 <input type="checkbox"/> c. Expareja 3 <input type="checkbox"/> d. Novio 4 <input type="checkbox"/> e. Exnovio 5 <input type="checkbox"/> f. Pareja 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	a. Padre o madre 1 <input type="checkbox"/> b. Padrastro o madrastra 2 <input type="checkbox"/> c. Expareja 3 <input type="checkbox"/> d. Novio 4 <input type="checkbox"/> e. Exnovio 5 <input type="checkbox"/> f. Pareja 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	53	a. Padre o madre 1 <input type="checkbox"/> b. Padrastro o madrastra 2 <input type="checkbox"/> c. Expareja 3 <input type="checkbox"/> d. Novio 4 <input type="checkbox"/> e. Exnovio 5 <input type="checkbox"/> f. Pareja 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	a. Padre o madre 1 <input type="checkbox"/> b. Padrastro o madrastra 2 <input type="checkbox"/> c. Expareja 3 <input type="checkbox"/> d. Novio 4 <input type="checkbox"/> e. Exnovio 5 <input type="checkbox"/> f. Pareja 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	a. Padre o madre 1 <input type="checkbox"/> b. Padrastro o madrastra 2 <input type="checkbox"/> c. Expareja 3 <input type="checkbox"/> d. Novio 4 <input type="checkbox"/> e. Exnovio 5 <input type="checkbox"/> f. Pareja 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>
54	¿Usted aprueba o desaprueba que las parejas usen un método anticonceptivo para evitar quedar embarazadas?	Aprueba 1 <input type="checkbox"/> Desaprueba 2 <input type="checkbox"/> No opina 3 <input type="checkbox"/>	Aprueba 1 <input type="checkbox"/> Desaprueba 2 <input type="checkbox"/> No opina 3 <input type="checkbox"/>	54	Aprueba 1 <input type="checkbox"/> Desaprueba 2 <input type="checkbox"/> No opina 3 <input type="checkbox"/>	Aprueba 1 <input type="checkbox"/> Desaprueba 2 <input type="checkbox"/> No opina 3 <input type="checkbox"/>	Aprueba 1 <input type="checkbox"/> Desaprueba 2 <input type="checkbox"/> No opina 3 <input type="checkbox"/>
55	¿En los últimos 12 meses usted:	<div><div>Sí No 1 2</div><div>a. Ha visto información acerca de anticoncepción en su EPS? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Ha oído hablar acerca de anticoncepción en la radio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Ha visto información acerca de la anticoncepción en la televisión? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Ha leído acerca de anticoncepción en periódicos o revistas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Ha visto información acerca de la anticoncepción en páginas de internet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Ha visto información acerca de la anticoncepción en redes sociales como instagram, Facebook o similares? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 57, Si una o más respuestas "Sí", continúe</div></div> <div><div>Sí No 1 2</div><div>a. Ha visto información acerca de anticoncepción en su EPS? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Ha oído hablar acerca de anticoncepción en la radio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Ha visto información acerca de la anticoncepción en la televisión? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Ha leído acerca de anticoncepción en periódicos o revistas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Ha visto información acerca de la anticoncepción en páginas de internet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Ha visto información acerca de la anticoncepción en redes sociales como instagram, Facebook o similares? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 57, Si una o más respuestas "Sí", continúe</div></div>	55	<div><div>Sí No 1 2</div><div>a. Ha visto información acerca de anticoncepción en su EPS? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Ha oído hablar acerca de anticoncepción en la radio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Ha visto información acerca de la anticoncepción en la televisión? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Ha leído acerca de anticoncepción en periódicos o revistas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Ha visto información acerca de la anticoncepción en páginas de internet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Ha visto información acerca de la anticoncepción en redes sociales como instagram, Facebook o similares? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 57, Si una o más respuestas "Sí", continúe</div></div> <div><div>Sí No 1 2</div><div>a. Ha visto información acerca de anticoncepción en su EPS? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Ha oído hablar acerca de anticoncepción en la radio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Ha visto información acerca de la anticoncepción en la televisión? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Ha leído acerca de anticoncepción en periódicos o revistas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Ha visto información acerca de la anticoncepción en páginas de internet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Ha visto información acerca de la anticoncepción en redes sociales como instagram, Facebook o similares? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 57, Si una o más respuestas "Sí", continúe</div></div>	55	<div><div>Sí No 1 2</div><div>a. Ha visto información acerca de anticoncepción en su EPS? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Ha oído hablar acerca de anticoncepción en la radio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Ha visto información acerca de la anticoncepción en la televisión? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Ha leído acerca de anticoncepción en periódicos o revistas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Ha visto información acerca de la anticoncepción en páginas de internet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Ha visto información acerca de la anticoncepción en redes sociales como instagram, Facebook o similares? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 57, Si una o más respuestas "Sí", continúe</div></div> <div><div>Sí No 1 2</div><div>a. Ha visto información acerca de anticoncepción en su EPS? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Ha oído hablar acerca de anticoncepción en la radio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Ha visto información acerca de la anticoncepción en la televisión? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Ha leído acerca de anticoncepción en periódicos o revistas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Ha visto información acerca de la anticoncepción en páginas de internet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Ha visto información acerca de la anticoncepción en redes sociales como instagram, Facebook o similares? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 57, Si una o más respuestas "Sí", continúe</div></div>	

56	¿La información que recibió, la motivó a usar un método anticonceptivo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
57	¿Está enterada que en Colombia todos los hombres y las mujeres tienen derecho a escoger y adoptar métodos de planificación?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
58	¿Sabe usted que una persona tiene derecho a acceder a consultas de planificación a través de su EPS?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 64	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 64
59	¿En los últimos 12 meses ha accedido a consultas o controles de planificación a través de su EPS?	Sí, a consulta 1 <input type="checkbox"/> Sí, a control 2 <input type="checkbox"/> Sí, a consulta y control 3 <input type="checkbox"/> No 4 <input type="checkbox"/> Pase a 64	Sí, a consulta 1 <input type="checkbox"/> Sí, a control 2 <input type="checkbox"/> Sí, a consulta y control 3 <input type="checkbox"/> No 4 <input type="checkbox"/> Pase a 64
60	En esa consulta, ¿El profesional de la salud le brindó información sobre cada uno de los métodos en cuanto a:	Sí No 1 2 a. Ventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Desventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Efectos secundarios? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Riesgos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. Eficacia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. Opción de cambio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No 1 2 a. Ventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Desventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Efectos secundarios? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Riesgos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. Eficacia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. Opción de cambio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61	¿La información que le brindó el(la) profesional de la salud le(s) ayudó a tomar la decisión de usar un método anticonceptivo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
62	¿La EPS le entregó a un método anticonceptivo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
63	¿El método elegido fue impuesto por la EPS o escogido por usted?	Escogido 1 <input type="checkbox"/> Impuesto por la EPS 2 <input type="checkbox"/>	Escogido 1 <input type="checkbox"/> Impuesto por la EPS 2 <input type="checkbox"/>
64	¿Sabe que la EPS tiene la obligación de entregar el método anticonceptivo que usted elija sin copago o cuota moderadora?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO N. MORTALIDAD ADULTA Y MATERNA - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)			
Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre todos los hijos(as) nacidos(as) vivos(as) de su madre biológica.			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	¿Cuántos hijos(as) vivos(as) tuvo su madre, incluida usted?	Total de hijos(as) <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/> Si el total es 1 o no sabe pase a Capítulo S	Total de hijos(as) <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/> Si el total es 1 o no sabe pase a Capítulo S
2	¿Cuántos nacimientos tuvo su madre antes de que usted naciera?	Hijos previos <input type="text"/>	Hijos previos <input type="text"/>

56	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
57	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
58	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 64	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 64	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 64
59	Sí, a consulta 1 <input type="checkbox"/> Sí, a control 2 <input type="checkbox"/> Sí, a consulta y control 3 <input type="checkbox"/> No 4 <input type="checkbox"/> Pase a 64	Sí, a consulta 1 <input type="checkbox"/> Sí, a control 2 <input type="checkbox"/> Sí, a consulta y control 3 <input type="checkbox"/> No 4 <input type="checkbox"/> Pase a 64	Sí, a consulta 1 <input type="checkbox"/> Sí, a control 2 <input type="checkbox"/> Sí, a consulta y control 3 <input type="checkbox"/> No 4 <input type="checkbox"/> Pase a 64
60	Sí No 1 2 a. Ventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Desventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Efectos secundarios? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Riesgos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. Eficacia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. Opción de cambio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No 1 2 a. Ventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Desventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Efectos secundarios? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Riesgos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. Eficacia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. Opción de cambio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No 1 2 a. Ventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Desventajas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Efectos secundarios? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Riesgos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. Eficacia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. Opción de cambio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
62	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
63	Escogido 1 <input type="checkbox"/> Impuesto por la EPS 2 <input type="checkbox"/>	Escogido 1 <input type="checkbox"/> Impuesto por la EPS 2 <input type="checkbox"/>	Escogido 1 <input type="checkbox"/> Impuesto por la EPS 2 <input type="checkbox"/>
64	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO N. MORTALIDAD ADULTA Y MATERNA - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)			
Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre todos los hijos(as) nacidos(as) vivos(as) de su madre biológica.			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	¿Cuántos hijos(as) vivos(as) tuvo su madre, incluida usted?	Total de hijos(as) <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/> Si el total es 1 o no sabe pase a Capítulo S	Total de hijos(as) <input type="text"/> No sabe 1 <input type="checkbox"/> Si el total es 1 o no sabe pase a Capítulo S
2	¿Cuántos nacimientos tuvo su madre antes de que usted naciera?	Hijos previos <input type="text"/>	Hijos previos <input type="text"/>

CAPÍTULO N. MORTALIDAD ADULTA Y MATERNA - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)

SECCIÓN HERMANOS Y HERMANAS

NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER DENTRO DEL HOGAR

Nombre:

Apellidos:

LAS PREGUNTAS 3 A 12 CORRESPONDEN A LOS DATOS DE TODOS(AS) LOS(AS) HERMANOS(AS) DE LA ENTREVISTADA SIN IMPORTAR SI ESTÁN VIVOS(AS) O MUERTOS(AS), COMIENCE EL REGISTRO CON EL O LA MAYOR.

Datos hermanos(as)	Primer(a)	Segundo(a)	Tercer(a)
3	Nombres:	Nombres:	Nombres:
	Apellidos:	Apellidos:	Apellidos:
4	Hombre 1	Hombre 1	Hombre 1
	Mujer 2	Mujer 2	Mujer 2
	Hombre Trans 3	Hombre Trans 3	Hombre Trans 3
	Mujer Trans 4	Mujer Trans 4	Mujer Trans 4
5	Sí 1	Sí 1	Sí 1
	No 2	No 2	No 2
	No sabe 9	No sabe 9	No sabe 9
6	Años:	Años:	Años:
7	Años	Años	Años
8	Años:	Años:	Años:

CAPÍTULO N. MORTALIDAD ADULTA Y MATERNA - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)

SECCIÓN HERMANOS Y HERMANAS

NÚMERO DE ORDEN DE LA MUJER DENTRO DEL HOGAR

Nombre:

Apellidos:

LAS PREGUNTAS 3 A 12 CORRESPONDEN A LOS DATOS DE TODOS(AS) LOS(AS) HERMANOS(AS) DE LA ENTREVISTADA SIN IMPORTAR SI ESTÁN VIVOS(AS) O MUERTOS(AS), COMIENCE EL REGISTRO CON EL O LA MAYOR.

	Primer(a)	Segundo(a)	Tercer(a)
3	Nombres:	Nombres:	Nombres:
	Apellidos:	Apellidos:	Apellidos:
4	Hombre 1	Hombre 1	Hombre 1
	Mujer 2	Mujer 2	Mujer 2
	Hombre Trans 3	Hombre Trans 3	Hombre Trans 3
	Mujer Trans 4	Mujer Trans 4	Mujer Trans 4
5	Sí 1	Sí 1	Sí 1
	No 2	No 2	No 2
	No sabe 9	No sabe 9	No sabe 9
6	Años:	Años:	Años:
7	Años	Años	Años
8	Años:	Años:	Años:



9	¿(NOMBRE HERMANA) murió durante el embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
10	¿(NOMBRE HERMANA) murió durante el parto?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
11	¿(NOMBRE HERMANA) murió dentro de los dos meses después del parto, cesárea, aborto o nacido muerto?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
12	¿Cuántos hijos o hijas nacidos vivos tuvo (NOMBRE HERMANA) durante toda su vida?	Hijos(as) <input type="text"/> <input type="text"/> Siguiente Hno(a) o Capítulo S	Hijos(as) <input type="text"/> <input type="text"/> Siguiente Hno(a) o Capítulo S	Hijos(as) <input type="text"/> <input type="text"/> Capítulo S

9	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Siguiente 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
10	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12 No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
12	Hijos(as) <input type="text"/> <input type="text"/> Siguiente Hno(a) o Capítulo S	Hijos(as) <input type="text"/> <input type="text"/> Siguiente Hno(a) o Capítulo S	Hijos(as) <input type="text"/> <input type="text"/> Capítulo S

CAPÍTULO O. SEXUALIDAD - HOMBRES (para hombres de 13 a 59 años que han tenido relaciones sexuales)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre _____		_____	_____
Apellidos _____		_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre la vida sexual de los hombres de 13 a 59 años de edad entre otros temas			
1	¿Ha tenido relaciones sexuales con mujeres?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a pregunta 7 del capítulo Q	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a pregunta 7 del capítulo Q
2	¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>
4	¿Cuál era la edad de la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	¿Esta persona era mayor que usted, más joven o tenía la misma edad?	Mayor 1 <input type="checkbox"/> Más joven 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 La misma edad 3 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Mayor 1 <input type="checkbox"/> Más joven 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 La misma edad 3 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No sabe 9 <input type="checkbox"/>
6	¿Esta persona era 10 o más años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted?	10 o más años mayor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años mayor 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Mayor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>	10 o más años mayor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años mayor 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Mayor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>
7	¿Esta persona era 10 o más años menor que usted o menos de 10 años menor que usted?	10 o más años menor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años menor 2 <input type="checkbox"/> Menor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>	10 o más años menor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años menor 2 <input type="checkbox"/> Menor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>
8	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas bien sea con una mujer o con otro hombre?	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 22 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 22 No sabe 9 <input type="checkbox"/>
9	La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas, ¿Usaron condón?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11

CAPÍTULO O. SEXUALIDAD - HOMBRES (para hombres de 13 a 59 años que han tenido relaciones sexuales)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre _____		_____	_____	_____
Apellidos _____		_____	_____	_____
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre la vida sexual de los hombres de 13 a 59 años de edad entre otros temas				
1	¿Ha tenido relaciones sexuales con mujeres?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a pregunta 7 del capítulo Q	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a pregunta 7 del capítulo Q	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a pregunta 7 del capítulo Q
2	¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>
4	¿Cuál era la edad de la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	¿Esta persona era mayor que usted, más joven o tenía la misma edad?	Mayor 1 <input type="checkbox"/> Más joven 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 La misma edad 3 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Mayor 1 <input type="checkbox"/> Más joven 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 La misma edad 3 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Mayor 1 <input type="checkbox"/> Más joven 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 La misma edad 3 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No sabe 9 <input type="checkbox"/>
6	¿Esta persona era 10 o más años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted?	10 o más años mayor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años mayor 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Mayor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>	10 o más años mayor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años mayor 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Mayor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>	10 o más años mayor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años mayor 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8 Mayor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>
7	¿Esta persona era 10 o más años menor que usted o menos de 10 años menor que usted?	10 o más años menor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años menor 2 <input type="checkbox"/> Menor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>	10 o más años menor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años menor 2 <input type="checkbox"/> Menor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>	10 o más años menor 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 años menor 2 <input type="checkbox"/> Menor, no sabe cuánto 9 <input type="checkbox"/>
8	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas bien sea con una mujer o con otro hombre?	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 22 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 22 No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Días 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Semanas 2 <input type="text"/> ¿Cuántas? <input type="text"/> Meses 3 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Años 4 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 22 No sabe 9 <input type="checkbox"/>
9	La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas, ¿Usaron condón?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11

10	¿En dónde consiguió el condón la última vez?	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/> Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Pase a 12	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/> Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Pase a 12	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/> Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Pase a 12	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/> Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Pase a 12
11	¿Cuál es la razón principal por la que no usaron condón?	No es cómodo en la relación 1 <input type="checkbox"/> No sabe donde conseguirlo 2 <input type="checkbox"/> Cree que no es seguro 3 <input type="checkbox"/> Pareja no le gusta usarlo 4 <input type="checkbox"/> Es muy costoso/No tiene dinero 5 <input type="checkbox"/> No tuvo tiempo de comprarlo 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>		No es cómodo en la relación 1 <input type="checkbox"/> No sabe donde conseguirlo 2 <input type="checkbox"/> Cree que no es seguro 3 <input type="checkbox"/> Pareja no le gusta usarlo 4 <input type="checkbox"/> Es muy costoso/No tiene dinero 5 <input type="checkbox"/> No tuvo tiempo de comprarlo 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>		No es cómodo en la relación 1 <input type="checkbox"/> No sabe donde conseguirlo 2 <input type="checkbox"/> Cree que no es seguro 3 <input type="checkbox"/> Pareja no le gusta usarlo 4 <input type="checkbox"/> Es muy costoso/No tiene dinero 5 <input type="checkbox"/> No tuvo tiempo de comprarlo 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>		No es cómodo en la relación 1 <input type="checkbox"/> No sabe donde conseguirlo 2 <input type="checkbox"/> Cree que no es seguro 3 <input type="checkbox"/> Pareja no le gusta usarlo 4 <input type="checkbox"/> Es muy costoso/No tiene dinero 5 <input type="checkbox"/> No tuvo tiempo de comprarlo 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	
12	La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas, ¿Usted o su pareja hicieron algo o utilizaron algún método anticonceptivo diferente a condón para evitar o prevenir un embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Pase a 14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Pase a 14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Pase a 14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Pase a 14
13	¿Qué método(s) usaron usted o su pareja? (Formule la pregunta y espere respuesta, permite múltiple respuesta)	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU 4 <input type="checkbox"/> e. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal? 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección mensual 15 <input type="checkbox"/> g. Inyección trimestral 6 <input type="checkbox"/> h. Implantes subdérmicos 7 <input type="checkbox"/> i. Anillo vaginal 8 <input type="checkbox"/> j. Espuma, jalea, óvulos 9 <input type="checkbox"/> k. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/>		a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 4 <input type="checkbox"/> e. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal? 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección mensual 15 <input type="checkbox"/> g. Inyección trimestral 6 <input type="checkbox"/> h. Implantes subdérmicos 7 <input type="checkbox"/> i. Anillo vaginal 8 <input type="checkbox"/> j. Espuma, jalea, óvulos 9 <input type="checkbox"/> k. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/>		a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 4 <input type="checkbox"/> e. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal? 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección mensual 15 <input type="checkbox"/> g. Inyección trimestral 6 <input type="checkbox"/> h. Implantes subdérmicos 7 <input type="checkbox"/> i. Anillo vaginal 8 <input type="checkbox"/> j. Espuma, jalea, óvulos 9 <input type="checkbox"/> k. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/>		a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 4 <input type="checkbox"/> e. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal? 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección mensual 15 <input type="checkbox"/> g. Inyección trimestral 6 <input type="checkbox"/> h. Implantes subdérmicos 7 <input type="checkbox"/> i. Anillo vaginal 8 <input type="checkbox"/> j. Espuma, jalea, óvulos 9 <input type="checkbox"/> k. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/>	

		<div><div>l. Amenorrea por lactancia11<input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo12<input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro13<input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál?14<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>l. Amenorrea por lactancia11<input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo12<input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro13<input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál?14<input type="checkbox"/></div></div>
14	¿Cuál es su relación con la persona con quién tuvo relaciones sexuales penetrativas?	<div><div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div><div>Novia con el que no convive2<input type="checkbox"/></div><div>Pareja casual (conocida o desconocida)3<input type="checkbox"/></div><div>Exesposa o excompañera4<input type="checkbox"/></div><div>Trabajadora sexual5<input type="checkbox"/></div><div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div><div>Novia con el que no convive2<input type="checkbox"/></div><div>Pareja casual (conocida o desconocida)3<input type="checkbox"/></div><div>Exesposa o excompañera4<input type="checkbox"/></div><div>Trabajadora sexual5<input type="checkbox"/></div><div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div></div>
15	Además de esta persona, ¿ha tenido usted relaciones sexuales penetrativas con alguien más en los últimos 12 meses?	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 22</div></div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 22</div></div>
16	La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas con esa segunda persona, ¿Usaron condón?	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div></div>
17	¿Qué relación tiene esta segunda persona con usted?	<div><div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div><div>Novia con el que no convive2<input type="checkbox"/></div><div>Pareja casual (conocida o desconocida)3<input type="checkbox"/></div><div>Exesposa o excompañera4<input type="checkbox"/></div><div>Trabajadora sexual5<input type="checkbox"/></div><div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div><div>Novia con el que no convive2<input type="checkbox"/></div><div>Pareja casual (conocida o desconocida)3<input type="checkbox"/></div><div>Exesposa o excompañera4<input type="checkbox"/></div><div>Trabajadora sexual5<input type="checkbox"/></div><div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div></div>
18	Además de estas dos personas, ¿ha tenido relaciones sexuales penetrativas con otra persona en los últimos 12 meses?	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 22</div></div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 22</div></div>
19	La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas con esa tercera persona, ¿Usaron condón?	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div></div>

		<div><div>l. Amenorrea por lactancia11<input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo12<input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro13<input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál?14<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>l. Amenorrea por lactancia11<input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo12<input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro13<input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál?14<input type="checkbox"/></div></div>
14		<div><div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div><div>Novia con el que no convive2<input type="checkbox"/></div><div>Pareja casual (conocida o desconocida)3<input type="checkbox"/></div><div>Exesposa o excompañera4<input type="checkbox"/></div><div>Trabajadora sexual5<input type="checkbox"/></div><div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div><div>Novia con el que no convive2<input type="checkbox"/></div><div>Pareja casual (conocida o desconocida)3<input type="checkbox"/></div><div>Exesposa o excompañera4<input type="checkbox"/></div><div>Trabajadora sexual5<input type="checkbox"/></div><div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div></div>
15		<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 22</div></div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 22</div></div>
16		<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div></div>
17		<div><div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div><div>Novia con el que no convive2<input type="checkbox"/></div><div>Pareja casual (conocida o desconocida)3<input type="checkbox"/></div><div>Exesposa o excompañera4<input type="checkbox"/></div><div>Trabajadora sexual5<input type="checkbox"/></div><div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Pareja habitual1<input type="checkbox"/></div><div>Novia con el que no convive2<input type="checkbox"/></div><div>Pareja casual (conocida o desconocida)3<input type="checkbox"/></div><div>Exesposa o excompañera4<input type="checkbox"/></div><div>Trabajadora sexual5<input type="checkbox"/></div><div>Otro, ¿cuál?6<input type="checkbox"/></div></div>
18		<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 22</div></div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/>Pase a 22</div></div>
19		<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div></div>

20	¿Qué relación tiene esta tercera persona con usted?	Pareja habitual 1 <input type="text"/> Novia con la que no convive 2 <input type="text"/> Pareja casual (conocida o desconocida) 3 <input type="text"/> Exesposa o excompañera 4 <input type="text"/> Trabajadora sexual 5 <input type="text"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="text"/>	Pareja habitual 1 <input type="text"/> Novia con el que no convive 2 <input type="text"/> Pareja casual (conocida o desconocida) 3 <input type="text"/> Exesposa o excompañera 4 <input type="text"/> Trabajadora sexual 5 <input type="text"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="text"/>
21	Incluyendo a su pareja, ¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses?	Total en los últimos 12 meses <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>	Total en los últimos 12 meses <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>
22	¿En total, ¿con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales penetrativas durante toda la vida?	Total de parejas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>	Total de parejas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>

20	Pareja habitual 1 <input type="text"/> Novia con el que no convive 2 <input type="text"/> Pareja casual (conocida o desconocida) 3 <input type="text"/> Exesposa o excompañera 4 <input type="text"/> Trabajadora sexual 5 <input type="text"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="text"/>	Pareja habitual 1 <input type="text"/> Novia con el que no convive 2 <input type="text"/> Pareja casual (conocida o desconocida) 3 <input type="text"/> Exesposa o excompañera 4 <input type="text"/> Trabajadora sexual 5 <input type="text"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="text"/>	Pareja habitual 1 <input type="text"/> Novia con el que no convive 2 <input type="text"/> Pareja casual (conocida o desconocida) 3 <input type="text"/> Exesposa o excompañera 4 <input type="text"/> Trabajadora sexual 5 <input type="text"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="text"/>
21	Total en los últimos 12 meses <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>	Total en los últimos 12 meses <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>	Total en los últimos 12 meses <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>
22	Total de parejas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>	Total de parejas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>	Total de parejas <input type="text"/> No sabe 1 <input type="text"/>

CAPÍTULO P. FECUNDIDAD - HOMBRES (para hombres de 13 a 59 años que han tenido relaciones sexuales)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre el número de hijos que los hombres de 13 a 59 años ha tenido entre otros temas			
1	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos(as) que usted ha tenido durante su vida. Estamos interesados en aquellos que ha engendrado, aún Si no son suyos legalmente o no tienen su apellido. ¿Ha tenido usted algún hijo o hija?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c) Total <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos es 1 pase a 4</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c) Total <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos es 1 pase a 4</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>
2	¿Todos sus hijos son de la misma madre, es decir, de la misma mujer?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 4</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 4</div>
3	En total, ¿con cuántas mujeres usted ha tenido hijos?	<div>Mujeres <input type="text"/><input type="text"/></div>	<div>Mujeres <input type="text"/><input type="text"/></div>
4	¿De los(as) hijos(as) que ha tenido alguno(a) ha fallecido? (pídale que incluya aquellos que nacieron vivos pero solo vivieron pocas horas o días)	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos fallecidos es igual al total de hijos que ha tenido, pase a pregunta 28; de lo contrario continúe</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos fallecidos es igual al total de hijos que ha tenido, pase a pregunta 28; de lo contrario continúe</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>
5	De los hijos o hijas que usted ha engendrado, ¿hay alguno(a) que esté viviendo ahora con usted?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Quiénes?</div> <div>a. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>d. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>e. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Quiénes?</div> <div>a. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>d. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>e. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>
6	¿Tiene alguna hija o hijo que no esté viviendo con usted?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a. ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a. ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>

CAPÍTULO P. FECUNDIDAD - HOMBRES (para hombres de 13 a 59 años que han tenido relaciones sexuales)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas tienen como fin obtener información sobre el número de hijos que los hombres de 13 a 59 años ha tenido entre otros temas				
1	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c) Total <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos es 1 pase a 4</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c) Total <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos es 1 pase a 4</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c) Total <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos es 1 pase a 4</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a) ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b) ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c) Total <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos es 1 pase a 4</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>
2	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 4</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 4</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 4</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 4</div>
3	<div>Mujeres <input type="text"/><input type="text"/></div>	<div>Mujeres <input type="text"/><input type="text"/></div>	<div>Mujeres <input type="text"/><input type="text"/></div>	<div>Mujeres <input type="text"/><input type="text"/></div>
4	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos fallecidos es igual al total de hijos que ha tenido, pase a pregunta 28; de lo contrario continúe</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos fallecidos es igual al total de hijos que ha tenido, pase a pregunta 28; de lo contrario continúe</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos fallecidos es igual al total de hijos que ha tenido, pase a pregunta 28; de lo contrario continúe</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>Si el total de hijos fallecidos es igual al total de hijos que ha tenido, pase a pregunta 28; de lo contrario continúe</div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>
5	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Quiénes?</div> <div>a. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>d. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>e. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Quiénes?</div> <div>a. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>d. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>e. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Quiénes?</div> <div>a. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>d. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>e. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Quiénes?</div> <div>a. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>c. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>d. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>e. No. Orden <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>
6	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a. ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a. ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a. ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>a. ¿Cuántos hombres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>b. ¿Cuántas mujeres? <input type="text"/><input type="text"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div>

7	¿Cuántos años tenía usted cuando nació su primer o único(a) hijo(a)?	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div>	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div>
8	¿Cuántos años cumplidos tiene su último(a) o único(a) hijo(a)?	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div> Si la edad es mayor a 2 pase a 28	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div> Si la edad es mayor a 2 pase a 28

SALUD MATERNA Y PERINATAL

9	¿Cuál es el nombre de su último(a) o único(a) hijo(a)?	Nombres: _____ Apellidos: _____	Nombres: _____ Apellidos: _____
10	¿Usted sabe que toda persona tiene derecho en su EPS a consulta preconcepcional, es decir consultar con un profesional de la salud, antes de la concepción para detectar, disminuir o corregir factores de riesgo reproductivo?	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 12	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 12
11	¿Usted acompañó a la madre a esta consulta antes del embarazo de (NOMBRE HIJO(A))?	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>
12	Cuando la madre de (NOMBRE HIJO(A)) estaba embarazada tuvo alguna vez control prenatal o chequeo del embarazo?	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 19 No sabe 9 <div><div></div></div> Pase a 18	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 19 No sabe 9 <div><div></div></div> Pase a 18
13	¿Con quién se chequeó?	a. Médico(a) 1 <div><div></div></div> b. Enfermero(a) 1 <div><div></div></div> c. Auxiliar de enfermería 1 <div><div></div></div> d. Comadrona, partera, médico tradicional indígena 1 <div><div></div></div> e. Otro, ¿cuál? 1 <div><div></div></div> _____	a. Médico(a) 1 <div><div></div></div> b. Enfermero(a) 1 <div><div></div></div> c. Auxiliar de enfermería 1 <div><div></div></div> d. Comadrona, partera, médico tradicional indígena 1 <div><div></div></div> e. Otro, ¿cuál? 1 <div><div></div></div> _____
14	¿Cuántas veces acompañó a su pareja a los controles prenatales?	Veces <div><div></div></div> Si veces=0 pase a 17	Veces <div><div></div></div> Si veces=0 pase a 17
15	¿Estuvo usted presente durante alguno de esos controles prenatales?	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>
16	En el control prenatal, ¿Le informaron o explicaron sobre:	<div><div></div><div></div><div></div></div> Sí No NS 1 2 9 a. Posibles cambios físicos anormales en su pareja? b. Posibles cambios emocionales en su pareja?	<div><div></div><div></div><div></div></div> Sí No NS 1 2 9 a. Posibles cambios físicos anormales en su pareja? b. Posibles cambios emocionales en su pareja?

7	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div>	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div>	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div>
8	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div> Si la edad es mayor a 2 pase a 28	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div> Si la edad es mayor a 2 pase a 28	Edad <div><div></div><div></div><div></div></div> Si la edad es mayor a 2 pase a 28
9	Nombres: _____ Apellidos: _____	Nombres: _____ Apellidos: _____	Nombres: _____ Apellidos: _____
10	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 12	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 12	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 12
11	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>
12	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 19 No sabe 9 <div><div></div></div> Pase a 18	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 19 No sabe 9 <div><div></div></div> Pase a 18	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div> Pase a 19 No sabe 9 <div><div></div></div> Pase a 18
13	a. Médico(a) 1 <div><div></div></div> b. Enfermero(a) 1 <div><div></div></div> c. Auxiliar de enfermería 1 <div><div></div></div> d. Comadrona, partera, médico tradicional indígena 1 <div><div></div></div> e. Otro, ¿cuál? 1 <div><div></div></div> _____	a. Médico(a) 1 <div><div></div></div> b. Enfermero(a) 1 <div><div></div></div> c. Auxiliar de enfermería 1 <div><div></div></div> d. Comadrona, partera, médico tradicional indígena 1 <div><div></div></div> e. Otro, ¿cuál? 1 <div><div></div></div> _____	a. Médico(a) 1 <div><div></div></div> b. Enfermero(a) 1 <div><div></div></div> c. Auxiliar de enfermería 1 <div><div></div></div> d. Comadrona, partera, médico tradicional indígena 1 <div><div></div></div> e. Otro, ¿cuál? 1 <div><div></div></div> _____
14	Veces <div><div></div></div> Si veces=0 pase a 17	Veces <div><div></div></div> Si veces=0 pase a 17	Veces <div><div></div></div> Si veces=0 pase a 17
15	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>	Sí 1 <div><div></div></div> No 2 <div><div></div></div>
16	<div><div></div><div></div><div></div></div> Sí No NS 1 2 9 a. Posibles cambios físicos anormales en su pareja? b. Posibles cambios emocionales en su pareja?	<div><div></div><div></div><div></div></div> Sí No NS 1 2 9 a. Posibles cambios físicos anormales en su pareja? b. Posibles cambios emocionales en su pareja?	<div><div></div><div></div><div></div></div> Sí No NS 1 2 3 a. Posibles cambios físicos anormales en su pareja? b. Posibles cambios emocionales en su pareja?

		c. Signos de alarma? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Signos de alarma? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pase a 19	Pase a 19
17	¿Por qué no acompañó a la madre a los controles prenatales?	<div>No sabía que tenía que acompañarla 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Ella no le dijo que la acompañara 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le dieron permiso en el trabajo 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No vivía con ella 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No quería acompañarla 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Ella no quería que la acompañara 6 <input type="checkbox"/></div> <div>Estaba de viaje 7 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 19</div>	<div>No sabía que tenía que acompañarla 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Ella no le dijo que la acompañara 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le dieron permiso en el trabajo 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No vivía con ella 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No quería acompañarla 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Ella no quería que la acompañara 6 <input type="checkbox"/></div> <div>Estaba de viaje 7 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 19</div>
18	¿Por qué no sabe Si recibió controles prenatales?	<div>No vivía con ella 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No le interesa 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le contó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div>	<div>No vivía con ella 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No le interesa 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le contó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div>
19	Cuando la madre de (NOMBRE HIJO(A)) estaba embarazada ¿Ella asistió al curso de Preparación para la maternidad y la paternidad?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 21</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 21</div>
20	¿Usted, cuántas veces la acompañó al curso de preparación para la maternidad y la paternidad?	<div>Veces <input type="text"/></div>	<div>Veces <input type="text"/></div>
21	¿En algún momento durante el embarazo de (NOMBRE HIJO(A)) les informaron Si el embarazo era de alto riesgo?	<div>Sí, de alto riesgo 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No, normal 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No le interesa 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 23</div>	<div>Sí, de alto riesgo 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No, normal 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No le interesa 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 23</div>
22	¿El Alto Riesgo se relacionó con alguna enfermedad de la madre de (NOMBRE HIJO(A)) o de algún problema relacionado con (NOMBRE HIJO(A))?	<div>Enfermedad de la madre 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Enfermedad del feto 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda o no sabe 4 <input type="checkbox"/></div>	<div>Enfermedad de la madre 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Enfermedad del feto 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda o no sabe 4 <input type="checkbox"/></div>
		<div>Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Clínica privada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/></div>	<div>Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Clínica privada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/></div>

		c. Signos de alarma? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Signos de alarma? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pase a 19	Pase a 19
17		<div>No sabía que tenía que acompañarla 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Ella no le dijo que la acompañara 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le dieron permiso en el trabajo 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No vivía con ella 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No quería acompañarla 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Ella no quería que la acompañara 6 <input type="checkbox"/></div> <div>Estaba de viaje 7 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 19</div>	<div>No sabía que tenía que acompañarla 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Ella no le dijo que la acompañara 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le dieron permiso en el trabajo 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No vivía con ella 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No quería acompañarla 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Ella no quería que la acompañara 6 <input type="checkbox"/></div> <div>Estaba de viaje 7 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 19</div>
18		<div>No vivía con ella 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No le interesa 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le contó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div>	<div>No vivía con ella 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No le interesa 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le contó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Otra razón, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div>
19		<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 21</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe 9 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 21</div>
20		<div>Veces <input type="text"/></div>	<div>Veces <input type="text"/></div>
21		<div>Sí, de alto riesgo 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No, normal 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No le interesa 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 23</div>	<div>Sí, de alto riesgo 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No, normal 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda 4 <input type="checkbox"/></div> <div>No le interesa 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 23</div>
22		<div>Enfermedad de la madre 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Enfermedad del feto 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda o no sabe 4 <input type="checkbox"/></div>	<div>Enfermedad de la madre 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Enfermedad del feto 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No le informaron 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No recuerda o no sabe 4 <input type="checkbox"/></div>
		<div>Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Clínica privada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/></div>	<div>Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Clínica privada 2 <input type="checkbox"/></div> <div>IPS o centro de atención de su EPS 3 <input type="checkbox"/></div>



23	¿Dónde nació (NOMBRE HIJO(A))?	Médico particular 4 <input type="checkbox"/> Su hogar 5 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Médico particular 4 <input type="checkbox"/> Su hogar 5 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>
24	¿Usted acompañó a la madre de (NOMBRE HIJO(A)) durante el parto, entró con ella y vio nacer a (NOMBRE HIJO(A))?	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26
25	¿Durante el parto de (NOMBRE HIJO(A)), quienes los atendieron, los trataron a usted, a su pareja y al recién nacido con respeto?	Siempre 1 <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces 3 <input type="checkbox"/> Nunca 4 <input type="checkbox"/>  Pase a 27	Siempre 1 <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces 3 <input type="checkbox"/> Nunca 4 <input type="checkbox"/>  Pase a 27
26	¿Por qué no acompañó a la madre de (NOMBRE HIJO(A)) durante el parto?	No sabía que podía acompañarla 1 <input type="checkbox"/> No le dieron permiso en el trabajo 2 <input type="checkbox"/> No quería acompañarla 3 <input type="checkbox"/> Ella no quería que la acompañara 4 <input type="checkbox"/> Estaba de viaje 5 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>  	No sabía que podía acompañarla 1 <input type="checkbox"/> No le dieron permiso en el trabajo 2 <input type="checkbox"/> No quería acompañarla 3 <input type="checkbox"/> Ella no quería que la acompañara 4 <input type="checkbox"/> Estaba de viaje 5 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>  
27	¿Usted acompañó a su pareja y a (NOMBRE HIJO(A)) en los primeros días después del nacimiento a su primer control o chequeo?	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/>
28	¿Está su pareja actualmente embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>  Si P1=1 (Sí), pase a Q3; Si P1=2(No), pase a Q7	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>  Si P1=1 (Sí), pase a Q3; Si P1=2(No), pase a Q7

23	Médico particular 4 <input type="checkbox"/> Su hogar 5 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Médico particular 4 <input type="checkbox"/> Su hogar 5 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Médico particular 4 <input type="checkbox"/> Su hogar 5 <input type="checkbox"/> Cooperante internacional 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>  No sabe 9 <input type="checkbox"/>
24	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26
25	Siempre 1 <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces 3 <input type="checkbox"/> Nunca 4 <input type="checkbox"/>  Pase a 27	Siempre 1 <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces 3 <input type="checkbox"/> Nunca 4 <input type="checkbox"/>  Pase a 27	Siempre 1 <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces 3 <input type="checkbox"/> Nunca 4 <input type="checkbox"/>  Pase a 27
26	No sabía que podía acompañarla 1 <input type="checkbox"/> No le dieron permiso en el trabajo 2 <input type="checkbox"/> No quería acompañarla 3 <input type="checkbox"/> Ella no quería que la acompañara 4 <input type="checkbox"/> Estaba de viaje 5 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>  	No sabía que podía acompañarla 1 <input type="checkbox"/> No le dieron permiso en el trabajo 2 <input type="checkbox"/> No quería acompañarla 3 <input type="checkbox"/> Ella no quería que la acompañara 4 <input type="checkbox"/> Estaba de viaje 5 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>  	No sabía que podía acompañarla 1 <input type="checkbox"/> No le dieron permiso en el trabajo 2 <input type="checkbox"/> No quería acompañarla 3 <input type="checkbox"/> Ella no quería que la acompañara 4 <input type="checkbox"/> Estaba de viaje 5 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>  
27	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/>
28	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>  Si P1=1 (Sí), pase a Q3; Si P1=2(No), pase a Q7	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>  Si P1=1 (Sí), pase a Q3; Si P1=2(No), pase a Q7	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  No tiene pareja 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>  Si P1=1 (Sí), pase a Q3; Si P1=2(No), pase a Q7

CAPÍTULO Q. PREFERENCIAS DE REPRODUCCIÓN E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO - HOMBRES (para hombres de 13 a 59 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre las preferencias de los hombres en temas como cantidad de hijos y sexo de estos, así como información sobre interrupciones del embarazo de sus parejas			
1	¿Después del hijo(a) que está esperando, le gustaría tener otro(a) hijo(a) o preferiría no tener más?	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5
2	Después del nacimiento del hijo(a) que usted espera ahora, ¿cuánto tiempo le gustaría esperar hasta antes del nacimiento de otro(a) hijo(a)?	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5
3	¿Le gustaría tener otro(a) hijo(a) o preferiría no tener más?	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Pareja no puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Pareja no puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5
4	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora antes del nacimiento de otro(a) hijo(a)?	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Los dos son infértiles 3 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Los dos son infértiles 3 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
5	Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos(as) y pudiera elegir exactamente el número de hijos(as) que tendría en toda su vida, ¿cuánto(as) serían?	Número de hijos <input type="text"/> *Si el número es 0 pase a 9 *Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9	Número de hijos <input type="text"/> *Si el número es 0 pase a 9 *Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9
6	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres y para cuántos no le importaría el sexo?	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 9	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 9
7	Si pudiera elegir exactamente el número de hijos(as) que tendría en toda su vida, ¿cuántos(as) serían?	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9

CAPÍTULO Q. PREFERENCIAS DE REPRODUCCIÓN E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO - HOMBRES (para hombres de 13 a 59 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre las preferencias de los hombres en temas como cantidad de hijos y sexo de estos, así como información sobre interrupciones del embarazo de sus parejas				
1	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5
2	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5
3	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Pareja no puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Pareja no puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Pareja no puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Tener otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> No más 2 <input type="checkbox"/> Pareja no puede quedar embarazada 3 <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 5
4	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Los dos son infértiles 3 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Los dos son infértiles 3 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Los dos son infértiles 3 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Meses 1 <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> Pronto o Ahora 2 <input type="checkbox"/> Los dos son infértiles 3 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
5	Número de hijos <input type="text"/> *Si el número es 0 pase a 9 *Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9	Número de hijos <input type="text"/> *Si el número es 0 pase a 9 *Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9	Número de hijos <input type="text"/> *Si el número es 0 pase a 9 *Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9	Número de hijos <input type="text"/> *Si el número es 0 pase a 9 *Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9
6	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 9	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 9	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 9	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/> Pase a 9
7	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9	Número de hijos <input type="text"/> Si no sabe el número registre código 99 y pase a 9

8	¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran mujeres y cuántos hombres y para cuántos no le importaría el sexo?	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>
9	¿Su pareja desea el mismo número de hijos que usted quiere, o ella quiere más, o menos?	Mismo número 1 <input type="text"/> Más hijos(as) 2 <input type="text"/> Menos hijos(as) 3 <input type="text"/> No tiene pareja 4 <input type="text"/> Pase a 11 No sabe 9 <input type="text"/>	Mismo número 1 <input type="text"/> Más hijos(as) 2 <input type="text"/> Menos hijos(as) 3 <input type="text"/> No tiene pareja 4 <input type="text"/> Pase a 11 No sabe 9 <input type="text"/>
10	¿Si en las semanas siguientes se enterara que su pareja está embarazada, para usted sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?	Gran problema 1 <input type="text"/> Pequeño problema 2 <input type="text"/> No sería un problema 3 <input type="text"/> No ha tenido relaciones sexuales 4 <input type="text"/>	Gran problema 1 <input type="text"/> Pequeño problema 2 <input type="text"/> No sería un problema 3 <input type="text"/> No ha tenido relaciones sexuales 4 <input type="text"/>
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO			
11	¿Está enterado de que el aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo para casos específicos, es un derecho fundamental de las mujeres en Colombia, a partir del año 2006?	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a 13	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a 13
12	Voy a leer varios casos que pueden ser motivos para solicitar un aborto inducido o IVE a una institución de salud. ¿Cuáles cree usted que son permitidos:	Sí No Ns 1 2 9 a. Cuando el embarazo es por una violación <input type="text"/> b. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="text"/> c. Para salvar la vida de la mujer <input type="text"/> d. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="text"/> e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="text"/> f. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="text"/> g. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="text"/>	Sí No Ns 1 2 9 a. Cuando el embarazo es por una violación <input type="text"/> b. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="text"/> c. Para salvar la vida de la mujer <input type="text"/> d. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="text"/> e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="text"/> f. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="text"/> g. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="text"/>
13	¿A partir del año 2006 alguna de sus parejas se realizó un aborto inducido o IVE?	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No ha tenido pareja desde el 2006 3 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/> Pase a Capítulo R	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No ha tenido pareja desde el 2006 3 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/> Pase a Capítulo R

8	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>	a. Hombres <input type="text"/> b. Mujeres <input type="text"/> c. No le importaría el sexo <input type="text"/>
9	Mismo número 1 <input type="text"/> Más hijos(as) 2 <input type="text"/> Menos hijos(as) 3 <input type="text"/> No tiene pareja 4 <input type="text"/> Pase a 11 No sabe 9 <input type="text"/>	Mismo número 1 <input type="text"/> Más hijos(as) 2 <input type="text"/> Menos hijos(as) 3 <input type="text"/> No tiene pareja 4 <input type="text"/> Pase a 11 No sabe 9 <input type="text"/>	Mismo número 1 <input type="text"/> Más hijos(as) 2 <input type="text"/> Menos hijos(as) 3 <input type="text"/> No tiene pareja 4 <input type="text"/> Pase a 11 No sabe 9 <input type="text"/>
10	Gran problema 1 <input type="text"/> Pequeño problema 2 <input type="text"/> No sería un problema 3 <input type="text"/> No ha tenido relaciones sexuales 4 <input type="text"/>	Gran problema 1 <input type="text"/> Pequeño problema 2 <input type="text"/> No sería un problema 3 <input type="text"/> No ha tenido relaciones sexuales 4 <input type="text"/>	Gran problema 1 <input type="text"/> Pequeño problema 2 <input type="text"/> No sería un problema 3 <input type="text"/> No ha tenido relaciones sexuales 4 <input type="text"/>
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO			
11	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a 13	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a 13	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> Pase a 13
12	Sí No Ns 1 2 9 a. Cuando el embarazo es por una violación <input type="text"/> b. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="text"/> c. Para salvar la vida de la mujer <input type="text"/> d. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="text"/> e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="text"/> f. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="text"/> g. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="text"/>	Sí No Ns 1 2 9 a. Cuando el embarazo es por una violación <input type="text"/> b. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="text"/> c. Para salvar la vida de la mujer <input type="text"/> d. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="text"/> e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="text"/> f. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="text"/> g. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="text"/>	Sí No Ns 1 2 9 a. Cuando el embarazo es por una violación <input type="text"/> b. Cuando el feto tiene malformaciones graves <input type="text"/> c. Para salvar la vida de la mujer <input type="text"/> d. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer <input type="text"/> e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer <input type="text"/> f. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo <input type="text"/> g. Cuando la mujer es menor de 14 años <input type="text"/>
13	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No ha tenido pareja desde el 2006 3 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/> Pase a Capítulo R	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No ha tenido pareja desde el 2006 3 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/> Pase a Capítulo R	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/> No ha tenido pareja desde el 2006 3 <input type="text"/> No sabe 9 <input type="text"/> Pase a Capítulo R

14	¿Cuál fue la razón principal por la que su pareja solicitó ese aborto inducido o IVE? (Recuerde formular la pregunta y esperar respuesta)	Riesgo para su vida 1 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud física 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud mental 3 <input type="checkbox"/> Fue víctima de una violación 4 <input type="checkbox"/> Malformación grave del feto 5 <input type="checkbox"/> Incompatible con la vida extrauterina 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Riesgo para su vida 1 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud física 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud mental 3 <input type="checkbox"/> Fue víctima de una violación 4 <input type="checkbox"/> Malformación grave del feto 5 <input type="checkbox"/> Incompatible con la vida extrauterina 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
15	¿La institución de salud le realizó ese aborto inducido o IVE que solicitó su pareja?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17 No 2 <input type="checkbox"/>
16	¿Por qué su pareja no se realizó el aborto inducido o IVE?	a. Usted, la familia o amigos la hicieron cambiar de decisión 1 <input type="checkbox"/> b. El equipo de salud la hizo cambiar de decisión 2 <input type="checkbox"/> c. Ella no recibió información completa ni oportuna 3 <input type="checkbox"/> d. El equipo de salud no lo realizó 4 <input type="checkbox"/> e. La IPS se demoró en programar el procedimiento 5 <input type="checkbox"/> f. Ella sintió temor porque creyó que se podía morir 6 <input type="checkbox"/> g. Ella se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo 7 <input type="checkbox"/> h. La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde 8 <input type="checkbox"/> i. Decidió hacer el aborto en otro sitio 9 <input type="checkbox"/> j. Otra, ¿cuál? 10 <input type="checkbox"/> k. No sabe 11 <input type="checkbox"/>	a. Usted, la familia o amigos la hicieron cambiar de decisión 1 <input type="checkbox"/> b. El equipo de salud la hizo cambiar de decisión 2 <input type="checkbox"/> c. Ella no recibió información completa ni oportuna 3 <input type="checkbox"/> d. El equipo de salud no lo realizó 4 <input type="checkbox"/> e. La IPS se demoró en programar el procedimiento 5 <input type="checkbox"/> f. Ella sintió temor porque creyó que se podía morir 6 <input type="checkbox"/> g. Ella se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo 7 <input type="checkbox"/> h. La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde 8 <input type="checkbox"/> i. Decidió hacer el aborto en otro sitio 9 <input type="checkbox"/> j. Otra, ¿cuál? 10 <input type="checkbox"/> k. No sabe 11 <input type="checkbox"/>
14	¿Cuál fue la razón principal por la que su pareja solicitó ese aborto inducido o IVE? (Recuerde formular la pregunta y esperar respuesta)	Riesgo para su vida 1 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud física 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud mental 3 <input type="checkbox"/> Fue víctima de una violación 4 <input type="checkbox"/> Malformación grave del feto 5 <input type="checkbox"/> Incompatible con la vida extrauterina 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Riesgo para su vida 1 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud física 2 <input type="checkbox"/> Riesgo para su salud mental 3 <input type="checkbox"/> Fue víctima de una violación 4 <input type="checkbox"/> Malformación grave del feto 5 <input type="checkbox"/> Incompatible con la vida extrauterina 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
15	¿La institución de salud le realizó ese aborto inducido o IVE que solicitó su pareja?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17 No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 17 No 2 <input type="checkbox"/>
16	¿Por qué su pareja no se realizó el aborto inducido o IVE?	a. Usted, la familia o amigos la hicieron cambiar de decisión 1 <input type="checkbox"/> b. El equipo de salud la hizo cambiar de decisión 2 <input type="checkbox"/> c. Ella no recibió información completa ni oportuna 3 <input type="checkbox"/> d. El equipo de salud no lo realizó 4 <input type="checkbox"/> e. La IPS se demoró en programar el procedimiento 5 <input type="checkbox"/> f. Ella sintió temor porque creyó que se podía morir 6 <input type="checkbox"/> g. Ella se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo 7 <input type="checkbox"/> h. La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde 8 <input type="checkbox"/> i. Decidió hacer el aborto en otro sitio 9 <input type="checkbox"/> j. Otra, ¿cuál? 10 <input type="checkbox"/> k. No sabe 11 <input type="checkbox"/>	a. Usted, la familia o amigos la hicieron cambiar de decisión 1 <input type="checkbox"/> b. El equipo de salud la hizo cambiar de decisión 2 <input type="checkbox"/> c. Ella no recibió información completa ni oportuna 3 <input type="checkbox"/> d. El equipo de salud no lo realizó 4 <input type="checkbox"/> e. La IPS se demoró en programar el procedimiento 5 <input type="checkbox"/> f. Ella sintió temor porque creyó que se podía morir 6 <input type="checkbox"/> g. Ella se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo 7 <input type="checkbox"/> h. La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde 8 <input type="checkbox"/> i. Decidió hacer el aborto en otro sitio 9 <input type="checkbox"/> j. Otra, ¿cuál? 10 <input type="checkbox"/> k. No sabe 11 <input type="checkbox"/>

17	¿Cuál fue su participación en el proceso de aborto inducido o IVE de su pareja?	No le interesó	1	<input type="checkbox"/>
		Se enteró cuando ya se había realizado el procedimiento	2	<input type="checkbox"/>
		Se enteró pero nunca participó del proceso	3	<input type="checkbox"/>
		Se enteró y la apoyó	4	<input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>
		<hr/>		

17	¿Cuál fue su participación en el proceso de aborto inducido o IVE de su pareja?	No le interesó	1	<input type="checkbox"/>
		Se enteró cuando ya se había realizado el procedimiento	2	<input type="checkbox"/>
		Se enteró pero nunca participó del proceso	3	<input type="checkbox"/>
		Se enteró y la apoyó	4	<input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>
		<hr/>		

17	¿Cuál fue su participación en el proceso de aborto inducido o IVE de su pareja?	No le interesó	1	<input type="checkbox"/>
		Se enteró cuando ya se había realizado el procedimiento	2	<input type="checkbox"/>
		Se enteró pero nunca participó del proceso	3	<input type="checkbox"/>
		Se enteró y la apoyó	4	<input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>
		<hr/>		

17	¿Cuál fue su participación en el proceso de aborto inducido o IVE de su pareja?	No le interesó	1	<input type="checkbox"/>
		Se enteró cuando ya se había realizado el procedimiento	2	<input type="checkbox"/>
		Se enteró pero nunca participó del proceso	3	<input type="checkbox"/>
		Se enteró y la apoyó	4	<input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>
		<hr/>		

CAPÍTULO R. ANTICONCEPCIÓN - HOMBRES (para todos los hombres de 13 a 59 años)			
SECCIÓN CONOCIMIENTO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO			
Pregunta		NÚMERO DE ORDEN DEL HOMBRE DENTRO DEL HOGAR _____	
Nombre: _____			
Apellidos: _____			
AHORA QUISIERA PREGUNTARLE ACERCA DE UN TEMA DIFERENTE. HAY VARIOS MÉTODOS QUE UNA PAREJA PUEDE USAR PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO.			
No.	Método	1. ¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)?	2. ¿Dónde obtuvo información sobre (MÉTODO)?
a.	<b>Esterilización Femenina</b> Algunas mujeres pueden realizarse una operación para evitar tener hijos (ligadura de trompas o desconexión).	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
b.	<b>Esterilización Masculina</b> (Algunos hombres pueden realizarse una operación para evitar que la mujer quede embarazada (vasectomía o desconexión del hombre)).	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
c.	<b>Píldoras</b> (Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas del hombre).	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
d.	<b>Dispositivo intrauterino (DIU)</b> (Hace referencia dispositivos como son la T de cobre o dispositivo intrauterino hormonal El profesional de la salud puede colocar dentro del útero de la mujer, un dispositivo en forma de "T". Este dispositivo puede ser una T de cobre o un dispositivo hormonal	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO R. ANTICONCEPCIÓN - HOMBRES (para todos los hombres de 13 a 59 años)			
SECCIÓN CONOCIMIENTO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO			
		NÚMERO DE ORDEN DEL HOMBRE DENTRO DEL HOGAR _____	
Nombre: _____			
Apellidos: _____			
AHORA QUISIERA PREGUNTARLE ACERCA DE UN TEMA DIFERENTE. HAY VARIOS MÉTODOS QUE UNA PAREJA PUEDE USAR PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO.			
No.		1. ¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)?	2. ¿Dónde obtuvo información sobre (MÉTODO)?
a.		Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
b.		Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
c.		Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
d.		Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

e.	<b>Inyección</b> Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
f.	<b>Implantes subdérmicos</b> Las mujeres pueden mandarse colocar por un profesional de la salud, una cápsula, dos o seis en la parte alta de su brazo, las cuales pueden prevenir el embarazo por tres o cinco años.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
g.	<b>Anillo Vaginal</b> La mujer se puede introducir dentro de la vagina un anillo elaborado en un plástico especial, flexible y transparente, una vez al mes y lo deja durante tres semanas.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
h.	<b>Condón para hombres y Condón para mujeres</b> Los hombres y mujeres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
i.	<b>Espuma, Jalea, Óvulos</b> Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de la vagina antes de la relación.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
j.	<b>Método de Amenorrea por Lactancia</b> Después de un nacimiento, una mujer estaría protegida de quedar embarazada mientras esté lactando frecuentemente hasta que le regrese la menstruación.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

e.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
f.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
g.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
h.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
i.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
j.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

k.	<b>Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings</b> Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del ciclo menstrual en los cuales la mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
l.	<b>Retiro</b> Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, desarrollarse o eyacular por fuera de la vagina de la mujer.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
m.	<b>Anticoncepción de emergencia</b> Las mujeres pueden tomar píldoras anticonceptivas hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual o mandarse colocar un DIU hasta 5 días después para evitar quedar embarazada.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
n.	<b>Parche transdérmico</b> Las mujeres pueden colocarse un parche anticonceptivo sobre la piel una vez por semana, durante tres semanas consecutivas, y luego no se coloca ningún parche durante una semana.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
o.	<b>Otros métodos</b> Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____  No 2 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

k.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
l.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
m.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
n.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
o.	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____  No 2 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>



CAPÍTULO R. ANTICONCEPCIÓN - HOMBRES (para todos los hombres de 13 a 59 años)

SECCIÓN CONOCIMIENTO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO

Pregunta

NÚMERO DE ORDEN DEL HOMBRE DENTRO DEL HOGAR \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

AHORA QUISIERA PREGUNTARLE ACERCA DE UN TEMA DIFERENTE. HAY VARIOS MÉTODOS QUE UNA PAREJA PUEDE USAR PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO.

No.	Método	1. ¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)?	2. ¿Dónde obtuvo información sobre (MÉTODO)?
a.	<b>Esterilización Femenina</b> Algunas mujeres pueden realizarse una operación para evitar tener hijos (ligadura de trompas o desconexión).	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
b.	<b>Esterilización Masculina</b> (Algunos hombres pueden realizarse una operación para evitar que la mujer quede embarazada (vasectomía o desconexión del hombre)).	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
c.	<b>Píldoras</b> (Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas del hombre).	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
d.	<b>Dispositivo intrauterino (DIU)</b> (Hace referencia dispositivos como son la T de cobre o dispositivo intrauterino hormonal El profesional de la salud puede colocar dentro del útero de la mujer, un dispositivo en forma de "T". Este dispositivo puede ser una T de cobre o un dispositivo hormonal	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO R. ANTICONCEPCIÓN - HOMBRES (para todos los hombres de 13 a 59 años)

SECCIÓN CONOCIMIENTO DE MÉTODOS PARA DEMORAR UN EMBARAZO

NÚMERO DE ORDEN DEL HOMBRE DENTRO DEL HOGAR \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_


Apellidos: \_\_\_\_\_

AHORA QUISIERA PREGUNTARLE ACERCA DE UN TEMA DIFERENTE. HAY VARIOS MÉTODOS QUE UNA PAREJA PUEDE USAR PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO.

No.	1. ¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)?	2. ¿Dónde obtuvo información sobre (MÉTODO)?
a.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
b.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
c.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
d.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

ENDS | ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2025

117



ENDS  
ENCUESTA NACIONAL  
DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2025

e.	<b>Inyección</b> Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
f.	<b>Implantes subdérmicos</b> Las mujeres pueden mandarse colocar por un profesional de la salud, una cápsula, dos o seis en la parte alta de su brazo, las cuales pueden prevenir el embarazo por tres o cinco años.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
g.	<b>Anillo Vaginal</b> La mujer se puede introducir dentro de la vagina un anillo elaborado en un plástico especial, flexible y transparente, una vez al mes y lo deja durante tres semanas.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
h.	<b>Condón para hombres y Condón para mujeres</b> Los hombres y mujeres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
i.	<b>Espuma, Jalea, Óvulos</b> Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de la vagina antes de la relación.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
j.	<b>Método de Amenorrea por Lactancia</b> Después de un nacimiento, una mujer estaría protegida de quedar embarazada mientras esté lactando frecuentemente hasta que le regrese la menstruación.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

e.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
f.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
g.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
h.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
i.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
j.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

k.	<b>Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings</b> Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del ciclo menstrual en los cuales la mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
l.	<b>Retiro</b> Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, desarrollarse o eyacular por fuera de la vagina de la mujer.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
m.	<b>Anticoncepción de emergencia</b> Las mujeres pueden tomar píldoras anticonceptivas hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual o mandarse colocar un DIU hasta 5 días después para evitar quedar embarazada.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
n.	<b>Parche transdérmico</b> Las mujeres pueden colocarse un parche anticonceptivo sobre la piel una vez por semana, durante tres semanas consecutivas, y luego no se coloca ningún parche durante una semana.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
o.	<b>Otros métodos</b> Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____  No 2 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

k.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
l.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
m.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
n.	Sí 1 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente método	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
o.	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____  No 2 <input type="checkbox"/>	Familia 1 <input type="checkbox"/> Servicio público de salud 2 <input type="checkbox"/> Comunidad 3 <input type="checkbox"/> Conocido (a), amigo(a) 4 <input type="checkbox"/> Clínica privada 5 <input type="checkbox"/> Medio de comunicación 6 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector público 7 <input type="checkbox"/> Colegio o institución educativa del sector privado 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO R. ANTICONCEPCIÓN - HOMBRES (para todos los hombres de 13 a 59 años)																																																																																																									
		Persona orden 01	Persona orden 02																																																																																																						
Nombre																																																																																																									
Apellidos																																																																																																									
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta																																																																																																						
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre el conocimiento y las prácticas de los hombres en temas relacionados con anticoncepción																																																																																																									
3	¿Usted o su pareja alguna vez han usado algún método anticonceptivo o tratado alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 28	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 28																																																																																																						
4	¿Cuál(es) de los siguiente métodos ha utilizado usted o su pareja:	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th></tr><tr><th></th><th>1</th><th>2</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th></tr><tr><th></th><th>1</th><th>2</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
	Sí	No																																																																																																							
	1	2																																																																																																							
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
5	¿Cuántos(as) hijos(as) vivos(as) tenía usted la primera vez que hizo algo o usó un método para evitar un embarazo?	Hijos <input type="checkbox"/>	Hijos <input type="checkbox"/>																																																																																																						
6	¿Usted se ha hecho operar para no tener (más) hijos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12																																																																																																						
7	¿En qué sitio tuvo lugar la cirugía de esterilización o vasectomía?	<table><tbody><tr><td>Hospital, centro o puesto público de salud</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Clínica privada</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>IPS/Centro de salud de su EPS</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Consultorio de médico particular</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>	IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>	<table><tbody><tr><td>Hospital, centro o puesto público de salud</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Clínica privada</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>IPS/Centro de salud de su EPS</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Consultorio de médico particular</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>	IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>																																																																								
Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>																																																																																																							
Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>																																																																																																							

CAPÍTULO R. ANTICONCEPCIÓN - HOMBRES (para todos los hombres de 13 a 59 años)																																																																																																																																																													
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05																																																																																																																																																									
Nombre																																																																																																																																																													
Apellidos																																																																																																																																																													
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta																																																																																																																																																									
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre el conocimiento y las prácticas de los hombres en temas relacionados con anticoncepción																																																																																																																																																													
3		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 28	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 28	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 28																																																																																																																																																									
4		<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th></tr><tr><th></th><th>1</th><th>2</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th></tr><tr><th></th><th>1</th><th>2</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th></tr><tr><th></th><th>1</th><th>2</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Píldoras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Inyección mensual?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Inyección trimestral?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Implantes subdérmicos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Anillo vaginal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Condón para mujeres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i. Condón para hombres?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j. Espuma, jalea, óvulos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k. Parche transdérmico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l. Amenorrea por lactancia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n. Retiro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o. Otro método, ¿cuál?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Sí	No		1	2	a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No																																																																																																																																																											
	1	2																																																																																																																																																											
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
	Sí	No																																																																																																																																																											
	1	2																																																																																																																																																											
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
	Sí	No																																																																																																																																																											
	1	2																																																																																																																																																											
a. Píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
d. Inyección mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
e. Inyección trimestral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
f. Implantes subdérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
g. Anillo vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
h. Condón para mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
i. Condón para hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
j. Espuma, jalea, óvulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
k. Parche transdérmico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
l. Amenorrea por lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
n. Retiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
o. Otro método, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
5		Hijos <input type="checkbox"/>	Hijos <input type="checkbox"/>	Hijos <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
6		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12																																																																																																																																																									
7		<table><tbody><tr><td>Hospital, centro o puesto público de salud</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Clínica privada</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>IPS/Centro de salud de su EPS</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Consultorio de médico particular</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>	IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>	<table><tbody><tr><td>Hospital, centro o puesto público de salud</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Clínica privada</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>IPS/Centro de salud de su EPS</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Consultorio de médico particular</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>	IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>	<table><tbody><tr><td>Hospital, centro o puesto público de salud</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Clínica privada</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>IPS/Centro de salud de su EPS</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Consultorio de médico particular</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>	IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											

8	¿En qué mes y año lo operaron?	Mes Año	M M A A A A	Mes Año	M M A A A A
9	¿Antes de su operación de esterilización le dijeron que no podía tener (más) hijos(as) a causa de esta operación?	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	¿Se ha arrepentido de haber sido operado para no tener (más) hijos?	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 12	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 12
11	¿Cuál es la razón principal por la cual está arrepentido de haber sido operado?	Desea otro(a) hijo(a) 1 Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 Complicaciones después de la cirugía 3 Hijo(a) murió 4 Otro motivo, ¿cuál? 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desea otro(a) hijo(a) 1 Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 Complicaciones después de la cirugía 3 Hijo(a) murió 4 Otro motivo, ¿cuál? 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	¿Su pareja se ha hecho operar para no tener más hijos?	Sí 1 No 2 No tiene pareja 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘ Si en pregunta 6, la respuesta es "Sí", Pase a 18; Si es "NO", pase a 19	Sí 1 No 2 No tiene pareja 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘ Si en pregunta 6, la respuesta es "Sí", Pase a 18; Si es "NO", pase a 19
13	¿En qué sitio tuvo lugar la cirugía de esterilización de su pareja?	Hospital, centro o puesto público de salud 1 Clínica privada 2 IPS/Centro de salud de su EPS 3 Consultorio de médico particular 4 Otro, ¿cuál? 5 No sabe, no responde 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 Clínica privada 2 IPS/Centro de salud de su EPS 3 Consultorio de médico particular 4 Otro, ¿cuál? 5 No sabe, no responde 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	¿En qué mes y año operaron a su la pareja?	Mes Año	M M A A A A	Mes Año	M M A A A A
15	¿Antes de la operación de esterilización le dijeron a su pareja que no podía tener (más) hijos(as) a causa de esta operación?	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	¿Su pareja se ha arrepentido de haber sido operado para no tener más hijos?	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 18

8	Mes Año	M M A A A A	Mes Año	M M A A A A	Mes Año	M M A A A A
9	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 12	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 12	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 12
11	Desea otro(a) hijo(a) 1 Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 Complicaciones después de la cirugía 3 Hijo(a) murió 4 Otro motivo, ¿cuál? 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desea otro(a) hijo(a) 1 Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 Complicaciones después de la cirugía 3 Hijo(a) murió 4 Otro motivo, ¿cuál? 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desea otro(a) hijo(a) 1 Pareja desea otro(a) hijo(a) 2 Complicaciones después de la cirugía 3 Hijo(a) murió 4 Otro motivo, ¿cuál? 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Sí 1 No 2 No tiene pareja 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘ Si en pregunta 6, la respuesta es "Sí", Pase a 18; Si es "NO", pase a 19	Sí 1 No 2 No tiene pareja 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘ Si en pregunta 6, la respuesta es "Sí", Pase a 18; Si es "NO", pase a 19	Sí 1 No 2 No tiene pareja 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘ Si en pregunta 6, la respuesta es "Sí", Pase a 18; Si es "NO", pase a 19
13	Hospital, centro o puesto público de salud 1 Clínica privada 2 IPS/Centro de salud de su EPS 3 Consultorio de médico particular 4 Otro, ¿cuál? 5 No sabe, no responde 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 Clínica privada 2 IPS/Centro de salud de su EPS 3 Consultorio de médico particular 4 Otro, ¿cuál? 5 No sabe, no responde 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 Clínica privada 2 IPS/Centro de salud de su EPS 3 Consultorio de médico particular 4 Otro, ¿cuál? 5 No sabe, no responde 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Mes Año	M M A A A A	Mes Año	M M A A A A	Mes Año	M M A A A A
15	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí 1 No 2 No sabe 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 18

17	¿Cuál es la razón principal por la cual su pareja está arrepentida de haber sido operado?	<div>Ella desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Usted desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>Ella desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Usted desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/></div>		
18	Además de la esterilización, ¿Usted o su pareja usa actualmente alguno de los siguientes métodos:	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div> <td><div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div></td> <td><div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div><td><div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div></td></td>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div> <td><div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div></td>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div>
19	¿Actualmente usted o su pareja está haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar un embarazo?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pareja embarazada 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pareja embarazada 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>		
		<div>Píldoras? 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal? 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Inyección mensual? 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Inyección trimestral? 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Implantes subdérmicos? 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>Píldoras? 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Inyección mensual? 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Inyección trimestral? 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Implantes subdérmicos? 6 <input type="checkbox"/></div>		
17		<div>Ella desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Usted desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/></div>	<div>Ella desea otro(a) hijo(a) 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Usted desea otro(a) hijo(a) 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Complicaciones después de la cirugía 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Hijo(a) murió 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Otro motivo, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/></div> <div>No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/></div>		
18		<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div> <td><div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div></td> <td><div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div><td><div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div></td></td>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div> <td><div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div></td>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Píldoras? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Inyección mensual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Inyección trimestral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>f. Implantes subdérmicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>g. Anillo vaginal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>h. Condón para mujeres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>i. Condón para hombres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>j. Espuma, jalea, óvulos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>k. Parche transdérmico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>l. Amenorrea por lactancia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>n. Retiro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>o. Otro método, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Pase a 31</div></div>
19		<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pareja embarazada 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Pareja embarazada 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 28</div>		
		<div>Píldoras? 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Inyección mensual? 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Inyección trimestral? 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Implantes subdérmicos? 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>Píldoras? 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? 3 <input type="checkbox"/></div> <div>Inyección mensual? 4 <input type="checkbox"/></div> <div>Inyección trimestral? 5 <input type="checkbox"/></div> <div>Implantes subdérmicos? 6 <input type="checkbox"/></div>		

20	¿Cuál de los siguiente métodos están utilizando principalmente usted o su pareja:	Anillo vaginal? 7 <input type="checkbox"/> Condón para mujeres? 8 <input type="checkbox"/> Condón para hombres? 9 <input type="checkbox"/> Espuma, jalea, óvulos? 10 <input type="checkbox"/> Parche transdérmico? 11 <input type="checkbox"/> Amenorrea por lactancia? 12 <input type="checkbox"/> Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? 13 <input type="checkbox"/> Retiro? 14 <input type="checkbox"/> Otro método, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>	Anillo vaginal? 7 <input type="checkbox"/> Condón para mujeres? 8 <input type="checkbox"/> Condón para hombres? 9 <input type="checkbox"/> Espuma, jalea, óvulos? 10 <input type="checkbox"/> Parche transdérmico? 11 <input type="checkbox"/> Amenorrea por lactancia? 12 <input type="checkbox"/> Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? 13 <input type="checkbox"/> Retiro? 14 <input type="checkbox"/> Otro método, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>
21	¿Sabe usted Si el método que usa su pareja podría tener efectos secundarios o complicaciones?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
22	¿Dónde aprendió usted o su pareja a usar este método?	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>
23	¿Dónde obtuvieron usted o su pareja este método, cuando comenzaron a usarlo de manera continua?	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>
24	¿En qué mes y año empezaron a usar con su pareja este método continuamente la última vez?	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/>

20	Anillo vaginal? 7 <input type="checkbox"/> Condón para mujeres? 8 <input type="checkbox"/> Condón para hombres? 9 <input type="checkbox"/> Espuma, jalea, óvulos? 10 <input type="checkbox"/> Parche transdérmico? 11 <input type="checkbox"/> Amenorrea por lactancia? 12 <input type="checkbox"/> Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? 13 <input type="checkbox"/> Retiro? 14 <input type="checkbox"/> Otro método, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>	Anillo vaginal? 7 <input type="checkbox"/> Condón para mujeres? 8 <input type="checkbox"/> Condón para hombres? 9 <input type="checkbox"/> Espuma, jalea, óvulos? 10 <input type="checkbox"/> Parche transdérmico? 11 <input type="checkbox"/> Amenorrea por lactancia? 12 <input type="checkbox"/> Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? 13 <input type="checkbox"/> Retiro? 14 <input type="checkbox"/> Otro método, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>	Anillo vaginal? 7 <input type="checkbox"/> Condón para mujeres? 8 <input type="checkbox"/> Condón para hombres? 9 <input type="checkbox"/> Espuma, jalea, óvulos? 10 <input type="checkbox"/> Parche transdérmico? 11 <input type="checkbox"/> Amenorrea por lactancia? 12 <input type="checkbox"/> Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? 13 <input type="checkbox"/> Retiro? 14 <input type="checkbox"/> Otro método, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>	Anillo vaginal? 7 <input type="checkbox"/> Condón para mujeres? 8 <input type="checkbox"/> Condón para hombres? 9 <input type="checkbox"/> Espuma, jalea, óvulos? 10 <input type="checkbox"/> Parche transdérmico? 11 <input type="checkbox"/> Amenorrea por lactancia? 12 <input type="checkbox"/> Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings? 13 <input type="checkbox"/> Retiro? 14 <input type="checkbox"/> Otro método, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>
21	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
22	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>
23	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Droguería, farmacia, botica 5 <input type="checkbox"/> Supermercado o tienda 6 <input type="checkbox"/> Automedicación 7 <input type="checkbox"/> Con un familiar o amigo(a) 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> No sabe 99 <input type="checkbox"/>
24	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> M <input type="text"/> Año <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/>

25	¿El uso de la anticoncepción fue su decisión, la de su pareja o lo decidieron en conjunto?	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
26	¿Ha gastado dinero en métodos anticonceptivos para usted durante los últimos doce meses?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31
27	¿Aproximadamente cuánto dinero invierte AL MES en su método anticonceptivo?	Valor mensual \$ <input type="text"/> Pase a 31	Valor mensual \$ <input type="text"/> Pase a 31
28	¿Cuál es la principal razón por la que usted no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con mujeres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 4 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 5 <input type="checkbox"/> Entrevistado se opone 6 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, redimián) 7 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 8 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 9 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 10 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 11 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 12 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 13 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con mujeres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 4 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 5 <input type="checkbox"/> Entrevistado se opone 6 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, redimián) 7 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 8 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 9 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 10 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 11 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 12 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 13 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>
29	¿Cree que en el futuro usted o su pareja usarán algún método anticonceptivo para demorar o evitar un embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 31	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 31
30	¿Qué método(s) preferiría usar?	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 4 <input type="checkbox"/> e. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección mensual 6 <input type="checkbox"/> g. Inyección trimestral 7 <input type="checkbox"/> h. Implantes subdérmicos 8 <input type="checkbox"/> i. Anillo vaginal 9 <input type="checkbox"/> j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Condón para mujeres 11 <input type="checkbox"/> l. Condón para hombres 12 <input type="checkbox"/> m. Espuma, jalea, óvulos 13 <input type="checkbox"/> n. Amenorrea por lactancia 14 <input type="checkbox"/>	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 4 <input type="checkbox"/> e. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección mensual 6 <input type="checkbox"/> g. Inyección trimestral 7 <input type="checkbox"/> h. Implantes subdérmicos 8 <input type="checkbox"/> i. Anillo vaginal 9 <input type="checkbox"/> j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Condón para mujeres 11 <input type="checkbox"/> l. Condón para hombres 12 <input type="checkbox"/> m. Espuma, jalea, óvulos 13 <input type="checkbox"/> n. Amenorrea por lactancia 14 <input type="checkbox"/>

25	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Su decisión 1 <input type="checkbox"/> La de su pareja 2 <input type="checkbox"/> En conjunto 3 <input type="checkbox"/> No tiene pareja 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
26	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31
27	Valor mensual \$ <input type="text"/> Pase a 31	Valor mensual \$ <input type="text"/> Pase a 31	Valor mensual \$ <input type="text"/> Pase a 31
28	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con mujeres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 4 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 5 <input type="checkbox"/> Entrevistado se opone 6 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, redimián) 7 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 8 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 9 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 10 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 11 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 12 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 13 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con mujeres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 4 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 5 <input type="checkbox"/> Entrevistado se opone 6 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, redimián) 7 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 8 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 9 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 10 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 11 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 12 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 13 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	No tiene relaciones sexuales 1 <input type="checkbox"/> No tiene relaciones sexuales con mujeres 2 <input type="checkbox"/> Sexo poco frecuente 3 <input type="checkbox"/> Infertilidad del hombre o de la mujer 4 <input type="checkbox"/> Desea más hijos 5 <input type="checkbox"/> Entrevistado se opone 6 <input type="checkbox"/> Otros se oponen (pareja, redimián) 7 <input type="checkbox"/> No conoce métodos 8 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 9 <input type="checkbox"/> Miedo a efectos secundarios 10 <input type="checkbox"/> No quiere, no le gusta 11 <input type="checkbox"/> Barreras del servicio de salud (lejos, mala calidad, no la atendieron, no autorizaron) 12 <input type="checkbox"/> Es muy costoso 13 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>
29	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 31	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 31	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 31
30	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 4 <input type="checkbox"/> e. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección mensual 6 <input type="checkbox"/> g. Inyección trimestral 7 <input type="checkbox"/> h. Implantes subdérmicos 8 <input type="checkbox"/> i. Anillo vaginal 9 <input type="checkbox"/> j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Condón para mujeres 11 <input type="checkbox"/> l. Condón para hombres 12 <input type="checkbox"/> m. Espuma, jalea, óvulos 13 <input type="checkbox"/> n. Amenorrea por lactancia 14 <input type="checkbox"/>	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 4 <input type="checkbox"/> e. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección mensual 6 <input type="checkbox"/> g. Inyección trimestral 7 <input type="checkbox"/> h. Implantes subdérmicos 8 <input type="checkbox"/> i. Anillo vaginal 9 <input type="checkbox"/> j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Condón para mujeres 11 <input type="checkbox"/> l. Condón para hombres 12 <input type="checkbox"/> m. Espuma, jalea, óvulos 13 <input type="checkbox"/> n. Amenorrea por lactancia 14 <input type="checkbox"/>	a. Esterilización femenina 1 <input type="checkbox"/> b. Esterilización masculina 2 <input type="checkbox"/> c. Píldoras 3 <input type="checkbox"/> d. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre? 4 <input type="checkbox"/> e. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess? 5 <input type="checkbox"/> f. Inyección mensual 6 <input type="checkbox"/> g. Inyección trimestral 7 <input type="checkbox"/> h. Implantes subdérmicos 8 <input type="checkbox"/> i. Anillo vaginal 9 <input type="checkbox"/> j. Parche transdérmico 10 <input type="checkbox"/> k. Condón para mujeres 11 <input type="checkbox"/> l. Condón para hombres 12 <input type="checkbox"/> m. Espuma, jalea, óvulos 13 <input type="checkbox"/> n. Amenorrea por lactancia 14 <input type="checkbox"/>



		<div><div>o. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings15<input type="checkbox"/></div><div>p. Retiro16<input type="checkbox"/></div><div>q. Otro método, ¿cuál17<input type="checkbox"/></div><div><div></div></div><div>r. No sabe18<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>o. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings15<input type="checkbox"/></div><div>p. Retiro16<input type="checkbox"/></div><div>q. Otro método, ¿cuál17<input type="checkbox"/></div><div><div></div></div><div>r. No sabe18<input type="checkbox"/></div></div>		<div><div>o. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings15<input type="checkbox"/></div><div>p. Retiro16<input type="checkbox"/></div><div>q. Otro método, ¿cuál17<input type="checkbox"/></div><div><div></div></div><div>r. No sabe18<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>o. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings15<input type="checkbox"/></div><div>p. Retiro16<input type="checkbox"/></div><div>q. Otro método, ¿cuál17<input type="checkbox"/></div><div><div></div></div><div>r. No sabe18<input type="checkbox"/></div></div>
31	¿Usted aprueba o desaprueba que las parejas usen un método anticonceptivo para evitar quedar embarazadas?	<div><div>Aprueba1<input type="checkbox"/></div><div>Desaprueba2<input type="checkbox"/></div><div>No opina3<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Aprueba1<input type="checkbox"/></div><div>Desaprueba2<input type="checkbox"/></div><div>No opina3<input type="checkbox"/></div></div>	31	<div><div>Aprueba1<input type="checkbox"/></div><div>Desaprueba2<input type="checkbox"/></div><div>No opina3<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Aprueba1<input type="checkbox"/></div><div>Desaprueba2<input type="checkbox"/></div><div>No opina3<input type="checkbox"/></div></div>
32	¿Cree usted que hay ciertos días entre una menstruación y otra, en que una mujer tiene mayor probabilidad de quedar embarazada Si tiene relaciones sexuales?	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div><div>No sabe9<input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 34</div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div><div>No sabe9<input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 34</div>	32	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div><div>No sabe9<input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 34</div>	<div><div>Sí1<input type="checkbox"/></div><div>No2<input type="checkbox"/></div><div>No sabe9<input type="checkbox"/></div></div> <div>Pase a 34</div>
33	¿Los días de mayor posibilidad para que una mujer quede embarazada son: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, justo después de que termine la menstruación, entre una menstruación y otra o en cualquier momento	<div><div>Justo antes de que comience la menstruación1<input type="checkbox"/></div><div>Durante la menstruación2<input type="checkbox"/></div><div>Justo después de que termine la menstruación3<input type="checkbox"/></div><div>Entre una menstruación y otra4<input type="checkbox"/></div><div>En cualquier momento5<input type="checkbox"/></div><div>Otra forma, cuál?6<input type="checkbox"/></div><div>No sabe9<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Justo antes de que comience la menstruación1<input type="checkbox"/></div><div>Durante la menstruación2<input type="checkbox"/></div><div>Justo después de que termine la menstruación3<input type="checkbox"/></div><div>Entre una menstruación y otra4<input type="checkbox"/></div><div>En cualquier momento5<input type="checkbox"/></div><div>Otra forma, cuál?6<input type="checkbox"/></div><div>No sabe9<input type="checkbox"/></div></div>	33	<div><div>Justo antes de que comience la menstruación1<input type="checkbox"/></div><div>Durante la menstruación2<input type="checkbox"/></div><div>Justo después de que termine la menstruación3<input type="checkbox"/></div><div>Entre una menstruación y otra4<input type="checkbox"/></div><div>En cualquier momento5<input type="checkbox"/></div><div>Otra forma, cuál?6<input type="checkbox"/></div><div>No sabe9<input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Justo antes de que comience la menstruación1<input type="checkbox"/></div><div>Durante la menstruación2<input type="checkbox"/></div><div>Justo después de que termine la menstruación3<input type="checkbox"/></div><div>Entre una menstruación y otra4<input type="checkbox"/></div><div>En cualquier momento5<input type="checkbox"/></div><div>Otra forma, cuál?6<input type="checkbox"/></div><div>No sabe9<input type="checkbox"/></div></div>
34	¿En los últimos 12 meses usted:	<div><div><div>Sí1</div><div>No2</div></div><div>a. Ha visto información acerca de anticoncepción en su EPS?<input type="checkbox"/></div><div>b. Ha oído hablar acerca de anticoncepción en la radio?<input type="checkbox"/></div><div>c. Ha visto información acerca de la anticoncepción en la televisión?<input type="checkbox"/></div><div>d. Ha leído acerca de anticoncepción en periódicos o revistas?<input type="checkbox"/></div><div>e. Ha visto información acerca de la anticoncepción en páginas de internet?<input type="checkbox"/></div><div>f. Ha visto información acerca de la anticoncepción en redes sociales como instagram, facebook o <div></div><input type="checkbox"/></div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 36, Si una o más respuestas "Sí", continúe</div></div>				

Sí1

No2

a. Ha visto información acerca de anticoncepción en su EPS?☐

b. Ha oído hablar acerca de anticoncepción en la radio?☐

c. Ha visto información acerca de la anticoncepción en la televisión?☐

d. Ha leído acerca de anticoncepción en periódicos o revistas?☐

e. Ha visto información acerca de la anticoncepción en páginas de internet?☐

f. Ha visto información acerca de la anticoncepción en redes sociales como instagram, facebook o ☐

Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 36, Si una o más respuestas "Sí", continúe

35	¿La información que recibió, lo motivó a usar un método anticonceptivo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
36	¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 38	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 38
37	¿En dónde?	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>
38	¿Sí quiere, Usted mismo puede conseguir un condón?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
39	¿Sabe usted dónde se puede obtener otros métodos anticonceptivos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 41	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 41
40	¿En dónde?	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
41	¿Está enterado que en Colombia todos los hombres y las mujeres tienen derecho a escoger y adoptar métodos de planificación?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
42	¿Sabe usted que una persona tiene derecho a acceder a consultas de planificación a través de su EPS?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47
43	¿En los últimos 12 meses ha accedido a consultas o controles de planificación a través de su EPS?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47

35	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
36	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 38	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 38	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 38
37	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 1 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 1 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 1 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 1 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/>
38	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
39	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 41	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 41	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 41
40	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	a. Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> e. Droguería, farmacia, botica, supermercado, tienda 5 <input type="checkbox"/> f. Lugares públicos o moteles 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
41	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
42	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47
43	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47

44	En esa consulta, ¿El profesional de la salud le(s) brindó información sobre cada uno de los métodos en cuanto a:		Sí	No		Sí	No
			1	2		1	2
		a. Ventajas?			a. Ventajas?		
		b. Desventajas?			b. Desventajas?		
		c. Efectos secundarios?			c. Efectos secundarios?		
		d. Riesgos?			d. Riesgos?		
		e. Eficacia?			e. Eficacia?		
	f. Opción de cambio?			f. Opción de cambio?			
45	¿La información que le brindó el(la) profesional de la salud le(s) ayudó a tomar la decisión de usar un método anticonceptivo?	Sí	1		Sí	1	
		No	2		No	2	
46	¿El método elegido fue impuesto por la EPS o escogido por usted(es)?	Escogido	1		Escogido	1	
		Impuesto por la EPS	2		Impuesto por la EPS	2	
47	¿Sabe que la EPS tiene la obligación de entregar el método anticonceptivo que usted o su pareja elijan sin copago o cuota moderadora?	Sí	1		Sí	1	
		No	2		No	2	

44			Sí	No		Sí	No
			1	2		1	2
		a. Ventajas?			a. Ventajas?		
		b. Desventajas?			b. Desventajas?		
		c. Efectos secundarios?			c. Efectos secundarios?		
		d. Riesgos?			d. Riesgos?		
		e. Eficacia?			e. Eficacia?		
	f. Opción de cambio?			f. Opción de cambio?			
45		Sí	1		Sí	1	
		No	2		No	2	
46		Escogido	1		Escogido	1	
		Impuesto por la EPS	2		Impuesto por la EPS	2	
47		Sí	1		Sí	1	
		No	2		No	2	

CAPÍTULO 5. VIH-sida Y OTRAS I.T.S (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)									
		Persona orden 01				Persona orden 02			
Nombre									
Apellidos									
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta				Opciones de respuesta			
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre el conocimiento en temas relacionados con Enfermedades de Transmisión Sexual									
SECCIÓN VIH									
1	¿Ha oído hablar sobre el VIH o una enfermedad llamada SIDA?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 49				Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 49			
1A	¿A través de qué medio(s) recibió usted información sobre VIH-sida en el ÚLTIMO AÑO? (Marque todas las que mencione)	a. Televisión 1 <input type="checkbox"/> b. Radio 2 <input type="checkbox"/> c. Periódico, revista, folleto 3 <input type="checkbox"/> d. Charla o conferencia 4 <input type="checkbox"/> e. Libro o artículo científico 5 <input type="checkbox"/> f. Libro o artículo científico 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? _____ 7 <input type="checkbox"/> h. No sabe 9 <input type="checkbox"/>				a. Televisión 1 <input type="checkbox"/> b. Radio 2 <input type="checkbox"/> c. Periódico, revista, folleto 3 <input type="checkbox"/> d. Charla o conferencia 4 <input type="checkbox"/> e. Libro o artículo científico 5 <input type="checkbox"/> f. Libro o artículo científico 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? _____ 7 <input type="checkbox"/> h. No sabe 9 <input type="checkbox"/>			
1B	¿Sabe usted que existe un examen de la sangre que permite saber Si uno está infectado con el VIH?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>				Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>			
2	¿Usted cree que tener una sola pareja sexual estable reduce el riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>				Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>			
3	¿Cuáles cree usted que son las formas en las que se puede transmitir el VIH?	a. Tener relaciones sexuales con una persona infectada 1 <input type="checkbox"/> b. No usar protección (condón) 2 <input type="checkbox"/> c. Reutilizar o compartir agujas o jeringas 3 <input type="checkbox"/> d. De madre a hijo(a) durante el embarazo, el parto y la lactancia 4 <input type="checkbox"/> e. Por un accidente de trabajo que implica una cortadura o herida expuesta 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? _____ 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe 7 <input type="checkbox"/>				a. Tener relaciones sexuales con una persona infectada 1 <input type="checkbox"/> b. No usar protección (condón) 2 <input type="checkbox"/> c. Reutilizar o compartir agujas o jeringas 3 <input type="checkbox"/> d. De madre a hijo(a) durante el embarazo, el parto y la lactancia 4 <input type="checkbox"/> e. Por un accidente de trabajo que implica una cortadura o herida expuesta 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? _____ 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe 7 <input type="checkbox"/>			
4	¿Cree usted que una persona puede infectarse con el virus que causa el SIDA por la picadura de un mosquito?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>				Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>			

CAPÍTULO S. VIH-sida Y OTRAS I.T.S (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)											
	Persona orden 03			Persona orden 04			Persona orden 05				
Preg.	Opciones de respuesta			Opciones de respuesta			Opciones de respuesta				
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre el conocimiento en temas relacionados con Enfermedades de Transmisión Sexual											
SECCIÓN VIH											
1	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
	Pase a 49			Pase a 49			Pase a 49				
1A	a. Televisión	1	<input type="checkbox"/>	a. Televisión	1	<input type="checkbox"/>	a. Televisión	1	<input type="checkbox"/>		
	b. Radio	2	<input type="checkbox"/>	b. Radio	2	<input type="checkbox"/>	b. Radio	2	<input type="checkbox"/>		
	c. Periódico, revista, folleto	3	<input type="checkbox"/>	c. Periódico, revista, folleto	3	<input type="checkbox"/>	c. Periódico, revista, folleto	3	<input type="checkbox"/>		
	d. Charla o conferencia	4	<input type="checkbox"/>	d. Charla o conferencia	4	<input type="checkbox"/>	d. Charla o conferencia	4	<input type="checkbox"/>		
	e. Libro o artículo científico	5	<input type="checkbox"/>	e. Libro o artículo científico	5	<input type="checkbox"/>	e. Libro o artículo científico	5	<input type="checkbox"/>		
	f. Libro o artículo científico	6	<input type="checkbox"/>	f. Libro o artículo científico	6	<input type="checkbox"/>	f. Libro o artículo científico	6	<input type="checkbox"/>		
	g. Otro, ¿cuál?	7	<input type="checkbox"/>	g. Otro, ¿cuál?	7	<input type="checkbox"/>	g. Otro, ¿cuál?	7	<input type="checkbox"/>		
	h. No sabe	9	<input type="checkbox"/>	h. No sabe	9	<input type="checkbox"/>	h. No sabe	9	<input type="checkbox"/>		
1B	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
2	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
	No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>		
3	a. Tener relaciones sexuales con una persona infectada	1	<input type="checkbox"/>	a. Tener relaciones sexuales con una persona infectada	1	<input type="checkbox"/>	a. Tener relaciones sexuales con una persona infectada	1	<input type="checkbox"/>		
	b. No usar protección (condón)	2	<input type="checkbox"/>	b. No usar protección (condón)	2	<input type="checkbox"/>	b. No usar protección (condón)	2	<input type="checkbox"/>		
	c. Reutilizar o compartir agujas o jeringas	3	<input type="checkbox"/>	c. Reutilizar o compartir agujas o jeringas	3	<input type="checkbox"/>	c. Reutilizar o compartir agujas o jeringas	3	<input type="checkbox"/>		
	d. De madre a hijo(a) durante el embarazo, el parto y la lactancia	4	<input type="checkbox"/>	d. De madre a hijo(a) durante el embarazo, el parto y la lactancia	4	<input type="checkbox"/>	d. De madre a hijo(a) durante el embarazo, el parto y la lactancia	4	<input type="checkbox"/>		
	e. Por un accidente de trabajo que implica una cortadura o herida expuesta	5	<input type="checkbox"/>	e. Por un accidente de trabajo que implica una cortadura o herida expuesta	5	<input type="checkbox"/>	e. Por un accidente de trabajo que implica una cortadura o herida expuesta	5	<input type="checkbox"/>		
	f. Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>		
	g. No sabe	7	<input type="checkbox"/>	g. No sabe	7	<input type="checkbox"/>	g. No sabe	7	<input type="checkbox"/>		
	4	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
No		2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
No sabe		9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>		

5	¿Cree usted que una persona que usa condón CADA VEZ que tiene relaciones sexuales tiene menos riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
6	¿Cree Ud. que una persona puede infectarse con el virus que causa el SIDA por compartir comida con una persona infectada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
7	¿Cree usted que una persona puede reducir el riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA absteniéndose de tener relaciones sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
8	¿Es posible que una persona que parezca saludable puede tener el virus que causa el SIDA?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
9	¿Cuánto tiempo cree usted que puede vivir una persona que se diagnostica oportunamente y recibe tratamiento adecuado para tratar el VIH? (Lea opciones)	Entre 5 y 9 años 1 <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 años 2 <input type="checkbox"/> Más de 20 años 3 <input type="checkbox"/> Igual a la población general 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Entre 5 y 9 años 1 <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 años 2 <input type="checkbox"/> Más de 20 años 3 <input type="checkbox"/> Igual a la población general 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
10	¿Usted considera que una hombre homosexual que siempre usa condón en sus relaciones sexuales tiene alta o baja probabilidad de adquirir el virus que causa el SIDA?	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
11	¿Usted considera que una mujer que no le exige a su pareja que use condón tiene alto o bajo riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA?	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
12	¿Usted considera que una mujer trabajadora sexual que siempre usa condón con sus clientes tiene alto o bajo riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA?	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
13	¿Usted considera que una persona que se inyecta drogas pero nunca comparte sus jeringas tiene alto o bajo riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA?	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
Para las preguntas 14 A 17, le voy a leer unas afirmaciones, por favor dígame Si usted está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con las situaciones:			
14	Tener relaciones sexuales sin condón, aumenta el riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>
15	Es más probable que una persona no use condón Si tiene relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o las drogas	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>

5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
6	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
7	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
8	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
9	Entre 5 y 9 años 1 <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 años 2 <input type="checkbox"/> Más de 20 años 3 <input type="checkbox"/> Igual a la población general 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Entre 5 y 9 años 1 <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 años 2 <input type="checkbox"/> Más de 20 años 3 <input type="checkbox"/> Igual a la población general 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Entre 5 y 9 años 1 <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 años 2 <input type="checkbox"/> Más de 20 años 3 <input type="checkbox"/> Igual a la población general 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
10	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
11	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
12	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
13	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Alta 1 <input type="checkbox"/> Baja 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
Para las preguntas 14 A 17, le voy a leer unas afirmaciones, por favor dígame Si usted está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con las situaciones:			
14	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>
15	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>

16	Las parejas que se hacen la prueba del VIH y se protegen mutuamente tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	16	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>																																																				
17	Tener otras infecciones de transmisión sexual como sífilis, herpes, chancro, aumenta el riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	17	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>																																																				
18	¿Cree usted que el virus que causa el SIDA puede transmitirse de la madre al niño:	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td><td>NS</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> a. Durante el embarazo? <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> b. Durante el parto? <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> c. Durante la lactancia? <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		Sí	No	NS		1	2	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td><td>NS</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> a. Durante el embarazo? <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> b. Durante el parto? <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> c. Durante la lactancia? <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		Sí	No	NS		1	2	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td><td>NS</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> a. Durante el embarazo? <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> b. Durante el parto? <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> c. Durante la lactancia? <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		Sí	No	NS		1	2	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>	De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 9 <input type="checkbox"/>
	Sí	No	NS																																																								
	1	2	9																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
	Sí	No	NS																																																								
	1	2	9																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
	Sí	No	NS																																																								
	1	2	9																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
19	¿Sabe Si existe algún medicamento que pueda reducir el riesgo de transmisión del virus que causa el SIDA, de la mujer embarazada al bebé?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	19	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>																																																				
20	¿Ha oído hablar que las personas infectadas con el virus que causa el SIDA pueden vivir más tiempo Si toman medicamentos especiales para su tratamiento?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	20	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>																																																				
21	¿Ud sabe o le han informado que tiene derecho a pedir dentro de su plan de salud, la prueba voluntaria para el VIH en el momento en que lo desee?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	21	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>																																																				
22	¿Conoce lugares donde las personas puedan hacerse la prueba para saber Si tienen el virus que causa el SIDA?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 24	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 24	22	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 24	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 24	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 24																																																				
23	¿Cuáles?	a. Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	a. Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	23	a. Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	a. Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	a. Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>																																																				

24	Considerando sus prácticas, actividades y forma de vida ¿con qué frecuencia cree que usted Debería hacerse la prueba del VIH?	Cada 3 meses 1 <input type="checkbox"/> Cada 6 meses 2 <input type="checkbox"/> Cada año 3 <input type="checkbox"/> Cada 5 años 4 <input type="checkbox"/> Nunca 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Cada 3 meses 1 <input type="checkbox"/> Cada 6 meses 2 <input type="checkbox"/> Cada año 3 <input type="checkbox"/> Cada 5 años 4 <input type="checkbox"/> Nunca 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	* Si D1=2 o 2a (Mujer), (J2)4=Algún hijo(a) nacido(a) después de enero de 2017 y (J2)13=1 (Alguno de esos hijos(as) tuvo control prenatal), continúe. De lo contrario pase a 34	* Si D1=2 o 2a (Mujer), (J2)4=Algún hijo(a) nacido(a) después de enero de 2017 y (J2)13=1 (Alguno de esos hijos(as) tuvo control prenatal), continúe. De lo contrario pase a 34
ANTES DE CONTINUAR, VERIFIQUE TOTAL PRIVACIDAD CON LA PERSONA ENCUESTADA					
25	¿Durante alguno de sus controles prenatales en el embarazo de su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) alguien le habló acerca de:	Sí No NS 1 2 9 a. Los bebés se infectan con el virus que causa el SIDA de sus madres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Cosas que puede hacer para prevenir infectarse con el virus que causa el <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Hacerse la prueba para saber Si tiene el virus que causa el SIDA? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS 1 2 9 a. Los bebés se infectan con el virus que causa el SIDA de sus madres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Cosas que puede hacer para prevenir infectarse con el virus que causa el <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Hacerse la prueba para saber Si tiene el virus que causa el SIDA? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
26	¿En alguno de los controles prenatales en el embarazo de su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a), le ordenaron la prueba para saber Si tiene el virus que causa el SIDA?	Sí No 1 2 No recuerda 9	Sí No 1 2 No recuerda 9		
27	¿Se hizo la prueba para saber Si tiene el virus que causa el SIDA como parte de sus controles prenatales?	Sí No No recuerda 1 2 9 Pase a 33A Pase a 34	Sí No No recuerda 1 2 9 Pase a 33A Pase a 34		
28	¿Cuando fue a realizarse la prueba, Ud. recibió asesoría antes del examen?	Sí No 1 2	Sí No 1 2		
29	¿Conoció el resultado de esta prueba?	Sí No No recuerda 1 2 9	Sí No No recuerda 1 2 9		
30	¿Cuándo recibió los resultados, Ud. recibió asesoría por parte un profesional de la salud?	Sí No No recuerda 1 2 9	Sí No No recuerda 1 2 9		

24	Cada 3 meses 1 <input type="checkbox"/> Cada 6 meses 2 <input type="checkbox"/> Cada año 3 <input type="checkbox"/> Cada 5 años 4 <input type="checkbox"/> Nunca 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Cada 3 meses 1 <input type="checkbox"/> Cada 6 meses 2 <input type="checkbox"/> Cada año 3 <input type="checkbox"/> Cada 5 años 4 <input type="checkbox"/> Nunca 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Cada 3 meses 1 <input type="checkbox"/> Cada 6 meses 2 <input type="checkbox"/> Cada año 3 <input type="checkbox"/> Cada 5 años 4 <input type="checkbox"/> Nunca 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Cada 3 meses 1 <input type="checkbox"/> Cada 6 meses 2 <input type="checkbox"/> Cada año 3 <input type="checkbox"/> Cada 5 años 4 <input type="checkbox"/> Nunca 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	* Si D1=2 o 2a (Mujer), (J2)4=Algún hijo(a) nacido(a) después de enero de 2017 y (J2)13=1 (Alguno de esos hijos(as) tuvo control prenatal), continúe. De lo contrario pase a 34	* Si D1=2 o 2a (Mujer), (J2)4=Algún hijo(a) nacido(a) después de enero de 2017 y (J2)13=1 (Alguno de esos hijos(as) tuvo control prenatal), continúe. De lo contrario pase a 34
ANTES DE CONTINUAR, VERIFIQUE TOTAL PRIVACIDAD CON LA PERSONA ENCUESTADA						
25	a. Los bebés se infectan con el virus que causa el SIDA de sus madres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Cosas que puede hacer para prevenir infectarse con el virus que causa el <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Hacerse la prueba para saber Si tiene el virus que causa el SIDA? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Los bebés se infectan con el virus que causa el SIDA de sus madres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Cosas que puede hacer para prevenir infectarse con el virus que causa el <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Hacerse la prueba para saber Si tiene el virus que causa el SIDA? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Los bebés se infectan con el virus que causa el SIDA de sus madres? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Cosas que puede hacer para prevenir infectarse con el virus que causa el <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Hacerse la prueba para saber Si tiene el virus que causa el SIDA? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
26	Sí No 1 2 No recuerda 9	Sí No 1 2 No recuerda 9	Sí No 1 2 No recuerda 9			
27	Sí No No recuerda 1 2 9 Pase a 33A Pase a 34	Sí No No recuerda 1 2 9 Pase a 33A Pase a 34	Sí No No recuerda 1 2 9 Pase a 33A Pase a 34			
28	Sí No 1 2	Sí No 1 2	Sí No 1 2			
29	Sí No No recuerda 1 2 9	Sí No No recuerda 1 2 9	Sí No No recuerda 1 2 9			
30	Sí No No recuerda 1 2 9	Sí No No recuerda 1 2 9	Sí No No recuerda 1 2 9			

31	¿En qué lugar se realizó la prueba?	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
31A	¿Quién pagó la mayor parte de los gastos de la prueba que se realizó?	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/> Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/> Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/> Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/> No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/> Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/> Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/> Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/> No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>
32	¿Después del embarazo de su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) se ha realizado la prueba de VIH, el virus que causa el SIDA?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45
33	¿Cuándo fue la última vez que se realizó la prueba del VIH?	Menos de 12 meses 1 <input type="checkbox"/> Entre 12 y 23 meses 2 <input type="checkbox"/> 2 años o más 3 <input type="checkbox"/> Pase a 37	Menos de 12 meses 1 <input type="checkbox"/> Entre 12 y 23 meses 2 <input type="checkbox"/> 2 años o más 3 <input type="checkbox"/> Pase a 37
		Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El lugar donde lo hacen es muy lejano 3 <input type="checkbox"/> El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4 <input type="checkbox"/>	Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El lugar donde lo hacen es muy lejano 3 <input type="checkbox"/> El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4 <input type="checkbox"/>

31	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
31A	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/> Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/> Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/> Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/> No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/> Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/> Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/> Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/> No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/> Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/> Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/> Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/> No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>
32	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45
33	Menos de 12 meses 1 <input type="checkbox"/> Entre 12 y 23 meses 2 <input type="checkbox"/> 2 años o más 3 <input type="checkbox"/> Pase a 37	Menos de 12 meses 1 <input type="checkbox"/> Entre 12 y 23 meses 2 <input type="checkbox"/> 2 años o más 3 <input type="checkbox"/> Pase a 37	Menos de 12 meses 1 <input type="checkbox"/> Entre 12 y 23 meses 2 <input type="checkbox"/> 2 años o más 3 <input type="checkbox"/> Pase a 37
	Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El lugar donde lo hacen es muy lejano 3 <input type="checkbox"/> El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4 <input type="checkbox"/>	Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El lugar donde lo hacen es muy lejano 3 <input type="checkbox"/> El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4 <input type="checkbox"/>	Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El lugar donde lo hacen es muy lejano 3 <input type="checkbox"/> El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4 <input type="checkbox"/>



33A	¿Cuál es la principal razón para no haberse realizado la prueba para detectar el VIH o virus del SIDA? (Espere respuesta)	Le da miedo el resultado	5	<input type="checkbox"/>	Le da miedo el resultado	5	<input type="checkbox"/>	Le da miedo el resultado	5	<input type="checkbox"/>	Le da miedo el resultado	5	<input type="checkbox"/>
		El examen es muy caro o no ha tenido dinero	6	<input type="checkbox"/>	El examen es muy caro o no ha tenido dinero	6	<input type="checkbox"/>	El examen es muy caro o no ha tenido dinero	6	<input type="checkbox"/>	El examen es muy caro o no ha tenido dinero	6	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo	7	<input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo	7	<input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo	7	<input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo	7	<input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/IPS	8	<input type="checkbox"/>	Mucho trámite en EPS/IPS	8	<input type="checkbox"/>	Mucho trámite en EPS/IPS	8	<input type="checkbox"/>	Mucho trámite en EPS/IPS	8	<input type="checkbox"/>
		No confía en los médicos o en quienes lo atienden	9	<input type="checkbox"/>	No confía en los médicos o en quienes lo atienden	9	<input type="checkbox"/>	No confía en los médicos o en quienes lo atienden	9	<input type="checkbox"/>	No confía en los médicos o en quienes lo atienden	9	<input type="checkbox"/>
		No cree que la prueba sea confiable	10	<input type="checkbox"/>	No cree que la prueba sea confiable	10	<input type="checkbox"/>	No cree que la prueba sea confiable	10	<input type="checkbox"/>	No cree que la prueba sea confiable	10	<input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11	<input type="checkbox"/>	No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11	<input type="checkbox"/>	No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11	<input type="checkbox"/>	No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11	<input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía derecho	12	<input type="checkbox"/>	No sabía que tenía derecho	12	<input type="checkbox"/>	No sabía que tenía derecho	12	<input type="checkbox"/>	No sabía que tenía derecho	12	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde hacerse la prueba	13	<input type="checkbox"/>	No sabe dónde hacerse la prueba	13	<input type="checkbox"/>	No sabe dónde hacerse la prueba	13	<input type="checkbox"/>	No sabe dónde hacerse la prueba	13	<input type="checkbox"/>
		No tiene a dónde acudir	14	<input type="checkbox"/>	No tiene a dónde acudir	14	<input type="checkbox"/>	No tiene a dónde acudir	14	<input type="checkbox"/>	No tiene a dónde acudir	14	<input type="checkbox"/>
		No cree que sea necesario	15	<input type="checkbox"/>	No cree que sea necesario	15	<input type="checkbox"/>	No cree que sea necesario	15	<input type="checkbox"/>	No cree que sea necesario	15	<input type="checkbox"/>
		No ha sacado el tiempo para hacerlo	16	<input type="checkbox"/>	No ha sacado el tiempo para hacerlo	16	<input type="checkbox"/>	No ha sacado el tiempo para hacerlo	16	<input type="checkbox"/>	No ha sacado el tiempo para hacerlo	16	<input type="checkbox"/>
		Se ha sentido bien	17	<input type="checkbox"/>	Se ha sentido bien	17	<input type="checkbox"/>	Se ha sentido bien	17	<input type="checkbox"/>	Se ha sentido bien	17	<input type="checkbox"/>
Le dio temor a ser discriminado/a	18	<input type="checkbox"/>	Le dio temor a ser discriminado/a	18	<input type="checkbox"/>	Le dio temor a ser discriminado/a	18	<input type="checkbox"/>	Le dio temor a ser discriminado/a	18	<input type="checkbox"/>		
Violencia en el marco del conflicto armado	19	<input type="checkbox"/>	Violencia en el marco del conflicto armado	19	<input type="checkbox"/>	Violencia en el marco del conflicto armado	19	<input type="checkbox"/>	Violencia en el marco del conflicto armado	19	<input type="checkbox"/>		
Otro tipo de violencia ¿Cuál?	20	<input type="checkbox"/>	Otro tipo de violencia ¿Cuál?	20	<input type="checkbox"/>	Otro tipo de violencia ¿Cuál?	20	<input type="checkbox"/>	Otro tipo de violencia ¿Cuál?	20	<input type="checkbox"/>		
No sabe	21	<input type="checkbox"/>	No sabe	21	<input type="checkbox"/>	No sabe	21	<input type="checkbox"/>	No sabe	21	<input type="checkbox"/>		
34	¿Alguna vez se ha realizado la prueba para saber Si tiene VIH, el virus que causa el SIDA?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>
				Pase a 44A			Pase a 44A			Pase a 44A			Pase a 44A
				Pase a 45			Pase a 45			Pase a 45			Pase a 45
35	¿Antes de realizarse la prueba usted recibió asesoría por parte de un profesional de la salud?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>
36	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que se realizó la prueba del VIH?	Menos de 12 meses	1	<input type="checkbox"/>	Menos de 12 meses	1	<input type="checkbox"/>	Menos de 12 meses	1	<input type="checkbox"/>	Menos de 12 meses	1	<input type="checkbox"/>
		Entre 12 y 23 meses	2	<input type="checkbox"/>	Entre 12 y 23 meses	2	<input type="checkbox"/>	Entre 12 y 23 meses	2	<input type="checkbox"/>	Entre 12 y 23 meses	2	<input type="checkbox"/>
		2 años o más	3	<input type="checkbox"/>	2 años o más	3	<input type="checkbox"/>	2 años o más	3	<input type="checkbox"/>	2 años o más	3	<input type="checkbox"/>

37	La última vez que se hizo la prueba del VIH, usted:	Solicitó la prueba? 1 <input type="checkbox"/> Le ofrecieron la prueba y usted aceptó? 2 <input type="checkbox"/>  Le ordenaron que se hiciera la prueba y usted aceptó? 3 <input type="checkbox"/>  Se realizó la prueba como proceso rutinario por asuntos laborales? 4 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 39</small>  Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>	Solicitó la prueba? 1 <input type="checkbox"/> Le ofrecieron la prueba y usted aceptó? 2 <input type="checkbox"/>  Le ordenaron que se hiciera la prueba y usted aceptó? 3 <input type="checkbox"/>  Se realizó la prueba como proceso rutinario por asuntos laborales? 4 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 39</small>  Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>
38	¿Cuál fue el motivo por el que le ordenaron o solicitó hacerse la prueba?	Tuvo relaciones sexuales sin protección 1 <input type="checkbox"/> Compartió jeringas con otras personas 2 <input type="checkbox"/> Fue víctima de violencia sexual 3 <input type="checkbox"/> Sufrió pinchazo en el centro de salud o de estética 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>	Tuvo relaciones sexuales sin protección 1 <input type="checkbox"/> Compartió jeringas con otras personas 2 <input type="checkbox"/> Fue víctima de violencia sexual 3 <input type="checkbox"/> Sufrió pinchazo en el centro de salud o de estética 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>
39	¿Conoció los resultados de esta prueba?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 45</small>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 45</small>
40	¿Cuando le entregaron los resultados, Ud. recibió asesoría?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
41	¿En qué lugar se realizó la prueba?	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>

37	Solicitó la prueba? 1 <input type="checkbox"/> Le ofrecieron la prueba y usted aceptó? 2 <input type="checkbox"/>  Le ordenaron que se hiciera la prueba y usted aceptó? 3 <input type="checkbox"/>  Se realizó la prueba como proceso rutinario por asuntos laborales? 4 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 39</small>  Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>	Solicitó la prueba? 1 <input type="checkbox"/> Le ofrecieron la prueba y usted aceptó? 2 <input type="checkbox"/>  Le ordenaron que se hiciera la prueba y usted aceptó? 3 <input type="checkbox"/>  Se realizó la prueba como proceso rutinario por asuntos laborales? 4 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 39</small>  Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>	Solicitó la prueba? 1 <input type="checkbox"/> Le ofrecieron la prueba y usted aceptó? 2 <input type="checkbox"/>  Le ordenaron que se hiciera la prueba y usted aceptó? 3 <input type="checkbox"/>  Se realizó la prueba como proceso rutinario por asuntos laborales? 4 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 39</small>  Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>
38	Tuvo relaciones sexuales sin protección 1 <input type="checkbox"/> Compartió jeringas con otras personas 2 <input type="checkbox"/> Fue víctima de violencia sexual 3 <input type="checkbox"/> Sufrió pinchazo en el centro de salud o de estética 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>	Tuvo relaciones sexuales sin protección 1 <input type="checkbox"/> Compartió jeringas con otras personas 2 <input type="checkbox"/> Fue víctima de violencia sexual 3 <input type="checkbox"/> Sufrió pinchazo en el centro de salud o de estética 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>	Tuvo relaciones sexuales sin protección 1 <input type="checkbox"/> Compartió jeringas con otras personas 2 <input type="checkbox"/> Fue víctima de violencia sexual 3 <input type="checkbox"/> Sufrió pinchazo en el centro de salud o de estética 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>
39	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 45</small>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 45</small>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> <small>Pase a 45</small>
40	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
41	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Hospital o centro de salud público 1 <input type="checkbox"/> Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico(a) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>

41A	¿Quién pagó la mayor parte de los gastos de la prueba que se realizó?	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/>	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/>	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/>	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/>	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/>
		Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/>	Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/>	Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/>	Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/>	Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2 <input type="checkbox"/>
		Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/>	Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/>	Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/>	Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/>	Secretaría de salud/alcaldía 3 <input type="checkbox"/>
		Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/>	Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/>	Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/>	Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/>	Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4 <input type="checkbox"/>
		Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/>	Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/>	Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/>	Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/>	Otra persona con recursos propios 5 <input type="checkbox"/>
		Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/>	Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/>	Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/>	Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/>	Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/>
		Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/>	Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/>	Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/>	Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/>	Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7 <input type="checkbox"/>
		No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/>	No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/>	No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/>	No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/>	No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>
42	¿Cuál fue el resultado de la prueba?	Reactiva (Se encuentra presencia del virus) 1 <input type="checkbox"/>	Reactiva (Se encuentra presencia del virus) 1 <input type="checkbox"/>	Reactiva (Se encuentra presencia del virus) 1 <input type="checkbox"/>	Reactiva (Se encuentra presencia del virus) 1 <input type="checkbox"/>	Reactiva (Se encuentra presencia del virus) 1 <input type="checkbox"/>
		No reactiva (no se encuentra presencia del virus) 2 <input type="checkbox"/>	No reactiva (no se encuentra presencia del virus) 2 <input type="checkbox"/>	No reactiva (no se encuentra presencia del virus) 2 <input type="checkbox"/>	No reactiva (no se encuentra presencia del virus) 2 <input type="checkbox"/>	No reactiva (no se encuentra presencia del virus) 2 <input type="checkbox"/>
		No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
43	¿En qué mes y año recibió el primer resultado de la prueba VIH reactiva (es decir que se encuentra presencia del virus)?	Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>
		Año <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
		No recuerda 1 <input type="checkbox"/>	No recuerda 1 <input type="checkbox"/>	No recuerda 1 <input type="checkbox"/>	No recuerda 1 <input type="checkbox"/>	No recuerda 1 <input type="checkbox"/>
44	¿Está tomando tratamiento antirretroviral así Haya omitido dosis?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
		Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/>	Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/>	Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/>	Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/>	Demoran mucho la atención después que llega a la institución Descuido 1 <input type="checkbox"/>
		El lugar donde lo hacen es muy lejano 2 <input type="checkbox"/>	El lugar donde lo hacen es muy lejano 2 <input type="checkbox"/>	El lugar donde lo hacen es muy lejano 2 <input type="checkbox"/>	El lugar donde lo hacen es muy lejano 2 <input type="checkbox"/>	El lugar donde lo hacen es muy lejano 2 <input type="checkbox"/>
		El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 3 <input type="checkbox"/>	El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 3 <input type="checkbox"/>	El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 3 <input type="checkbox"/>	El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 3 <input type="checkbox"/>	El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 3 <input type="checkbox"/>
		Le da miedo el resultado 4 <input type="checkbox"/>	Le da miedo el resultado 4 <input type="checkbox"/>	Le da miedo el resultado 4 <input type="checkbox"/>	Le da miedo el resultado 4 <input type="checkbox"/>	Le da miedo el resultado 4 <input type="checkbox"/>
		El examen es muy caro o no ha tenido dinero 5 <input type="checkbox"/>	El examen es muy caro o no ha tenido dinero 5 <input type="checkbox"/>	El examen es muy caro o no ha tenido dinero 5 <input type="checkbox"/>	El examen es muy caro o no ha tenido dinero 5 <input type="checkbox"/>	El examen es muy caro o no ha tenido dinero 5 <input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 6 <input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 6 <input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 6 <input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 6 <input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 6 <input type="checkbox"/>

44A	¿Cuál es la principal razón para no haberse realizado la prueba para detectar el VIH o virus del SIDA? (Espere respuesta)	Mucho trámite en EPS/IPS	8	<input type="checkbox"/>	Mucho trámite en EPS/IPS	8	<input type="checkbox"/>
		No confía en los médicos o en quienes lo atienden	9	<input type="checkbox"/>	No confía en los médicos o en quienes lo atienden	9	<input type="checkbox"/>
		No cree que la prueba sea confiable	10	<input type="checkbox"/>	No cree que la prueba sea confiable	10	<input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11	<input type="checkbox"/>	No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11	<input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía derecho	12	<input type="checkbox"/>	No sabía que tenía derecho	12	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde hacerse la prueba	13	<input type="checkbox"/>	No sabe dónde hacerse la prueba	13	<input type="checkbox"/>
		No tiene a dónde acudir	14	<input type="checkbox"/>	No tiene a dónde acudir	14	<input type="checkbox"/>
		No cree que sea necesario	15	<input type="checkbox"/>	No cree que sea necesario	15	<input type="checkbox"/>
		No ha sacado el tiempo para hacerlo	16	<input type="checkbox"/>	No ha sacado el tiempo para hacerlo	16	<input type="checkbox"/>
		Se ha sentido bien	17	<input type="checkbox"/>	Se ha sentido bien	17	<input type="checkbox"/>
		Le dio temor a ser discriminado/a	18	<input type="checkbox"/>	Le dio temor a ser discriminado/a	18	<input type="checkbox"/>
		Violencia en el marco del conflicto armado	19	<input type="checkbox"/>	Violencia en el marco del conflicto armado	19	<input type="checkbox"/>
Otro tipo de violencia ¿Cuál?	20	<input type="checkbox"/>	Otro tipo de violencia ¿Cuál?	20	<input type="checkbox"/>		
	No sabe	21	<input type="checkbox"/>	No sabe	21	<input type="checkbox"/>	
45	¿Compraría verduras a una persona Si supiera que tiene el virus que causa el SIDA?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>
46	¿Si un familiar suyo se llega a infectar con el virus que causa el SIDA, querría usted que se mantuviera en secreto?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>
47	¿Si un familiar suyo tuviera SIDA, estaría dispuesto(a) a cuidarlo en su propio hogar?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>
48	En su opinión, Si un profesor tuviera el virus que causa el SIDA pero no está enfermo, ¿se le debería permitir continuar dando clases en la escuela, colegio o universidad?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>
44A		Mucho trámite en EPS/IPS	8	<input type="checkbox"/>	Mucho trámite en EPS/IPS	8	<input type="checkbox"/>
		No confía en los médicos o en quienes lo atienden	9	<input type="checkbox"/>	No confía en los médicos o en quienes lo atienden	9	<input type="checkbox"/>
		No cree que la prueba sea confiable	10	<input type="checkbox"/>	No cree que la prueba sea confiable	10	<input type="checkbox"/>
45		Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>
46		Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>
47		Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>
48		Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN OTRAS I.T.S.					
		Sí	No		
		1	2		
49	¿Ha oído hablar de alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual:	a. Sífilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		b. Gonorrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		c. Herpes genital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		d. Vaginosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		e. Clamidia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		f. Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		g. Verrugas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		h. Virus de Papiloma Humano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		* Si todas las opciones de respuesta son "No" y H24=2 (No ha tenido relaciones sexuales), pase a 63			
		* Si todas las opciones de respuesta son "No" y H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 52			
		* Si alguna respuesta es "Sí", continúe			
		a. Sífilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		b. Gonorrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		c. Herpes genital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		d. Vaginosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		e. Clamidia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		f. Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		g. Verrugas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		h. Virus de Papiloma Humano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		* Si todas las opciones de respuesta son "No" y H24=2 (No ha tenido relaciones sexuales), pase a 63			
		* Si todas las opciones de respuesta son "No" y H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 52			
		* Si alguna respuesta es "Sí", continúe			

SECCIÓN OTRAS I.T.S.					
		Sí	No		
		1	2		
49	¿Ha oído hablar de alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual:	a. Sífilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		b. Gonorrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		c. Herpes genital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		d. Vaginosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		e. Clamidia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		f. Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		g. Verrugas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		h. Virus de Papiloma Humano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		* Si todas las opciones de respuesta son "No" y H24=2 (No ha tenido relaciones sexuales), pase a 63			
		* Si todas las opciones de respuesta son "No" y H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 52			
		* Si alguna respuesta es "Sí", continúe			
		a. Sífilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		b. Gonorrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		c. Herpes genital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		d. Vaginosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		e. Clamidia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		f. Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		g. Verrugas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		h. Virus de Papiloma Humano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		* Si todas las opciones de respuesta son "No" y H24=2 (No ha tenido relaciones sexuales), pase a 63			
		* Si todas las opciones de respuesta son "No" y H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 52			
		* Si alguna respuesta es "Sí", continúe			

		Sí	No	
		1	2	
50	¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a usted que un hombre tiene una infección de transmisión sexual como las mencionadas anteriormente?	a. Dolor abdominal	1	<input type="checkbox"/>
		b. Secreción o goteo en los genitales	2	<input type="checkbox"/>
		c. Secreción maloliente	3	<input type="checkbox"/>
		d. Molestias al orinar	4	<input type="checkbox"/>
		e. Enrojecimiento o picazón en el área genital	5	<input type="checkbox"/>
		f. Inflamación o hinchazón en el área genital	6	<input type="checkbox"/>
		g. Úlceras o llagas genitales	7	<input type="checkbox"/>
		h. Verrugas genitales	8	<input type="checkbox"/>
		i. Sangre en la orina	9	<input type="checkbox"/>
		j. Pérdida de peso	10	<input type="checkbox"/>
k. Dolor en la relación sexual	11	<input type="checkbox"/>		
l. Dificultad para tener hijos	12	<input type="checkbox"/>		
m. Otro, ¿cuál?	13	<input type="checkbox"/>		
n. No hay síntomas	14	<input type="checkbox"/>		
o. No sabe	15	<input type="checkbox"/>		
		a. Dolor abdominal	1	<input type="checkbox"/>
		b. Secreción o goteo en los genitales	2	<input type="checkbox"/>
		c. Secreción maloliente	3	<input type="checkbox"/>
		d. Molestias al orinar	4	<input type="checkbox"/>
		e. Enrojecimiento o picazón en el área genital	5	<input type="checkbox"/>
		f. Inflamación o hinchazón en el área genital	6	<input type="checkbox"/>
		g. Úlceras o llagas genitales	7	<input type="checkbox"/>
		h. Verrugas genitales	8	<input type="checkbox"/>
		i. Sangre en la orina	9	<input type="checkbox"/>
		j. Pérdida de peso	10	<input type="checkbox"/>
k. Dolor en la relación sexual	11	<input type="checkbox"/>		
l. Dificultad para tener hijos	12	<input type="checkbox"/>		
m. Otro, ¿cuál?	13	<input type="checkbox"/>		
n. No hay síntomas	14	<input type="checkbox"/>		
o. No sabe	15	<input type="checkbox"/>		
		a. Dolor abdominal	1	<input type="checkbox"/>
		b. Secreción o goteo en los genitales	2	<input type="checkbox"/>
		c. Secreción maloliente	3	<input type="checkbox"/>
		d. Molestias al orinar	4	<input type="checkbox"/>
		e. Enrojecimiento o picazón en el área genital	5	<input type="checkbox"/>
		f. Inflamación o hinchazón en el área genital	6	<input type="checkbox"/>
		g. Úlceras o llagas genitales	7	<input type="checkbox"/>
		h. Verrugas genitales	8	<input type="checkbox"/>
		i. Sangre en la orina	9	<input type="checkbox"/>
		j. Pérdida de peso	10	<input type="checkbox"/>
k. Dolor en la relación sexual	11	<input type="checkbox"/>		
l. Dificultad para tener hijos	12	<input type="checkbox"/>		
m. Otro, ¿cuál?	13	<input type="checkbox"/>		
n. No hay síntomas	14	<input type="checkbox"/>		
o. No sabe	15	<input type="checkbox"/>		
		a. Dolor abdominal	1	<input type="checkbox"/>
		b. Secreción o goteo en los genitales	2	<input type="checkbox"/>
		c. Secreción maloliente	3	<input type="checkbox"/>
		d. Molestias al orinar	4	<input type="checkbox"/>
		e. Enrojecimiento o picazón en el área genital	5	<input type="checkbox"/>
		f. Inflamación o hinchazón en el área genital	6	<input type="checkbox"/>
		g. Úlceras o llagas genitales	7	<input type="checkbox"/>
		h. Verrugas genitales	8	<input type="checkbox"/>
		i. Sangre en la orina	9	<input type="checkbox"/>
		j. Pérdida de peso	10	<input type="checkbox"/>
k. Dolor en la relación sexual	11	<input type="checkbox"/>		
l. Dificultad para tener hijos	12	<input type="checkbox"/>		
m. Otro, ¿cuál?	13	<input type="checkbox"/>		
n. No hay síntomas	14	<input type="checkbox"/>		
o. No sabe	15	<input type="checkbox"/>		

51	¿Qué señales en el cuerpo pueden hacerle pensar a usted que una mujer tiene una infección de transmisión sexual como las mencionadas anteriormente?	a. Dolor abdominal 1 <input type="checkbox"/> b. Secreción genital 2 <input type="checkbox"/> c. Secreción maloliente 3 <input type="checkbox"/> d. Molestias al orinar 4 <input type="checkbox"/> e. Enrojecimiento o picazón en el área genital 5 <input type="checkbox"/> f. Inflamación o hinchazón en el área genital 6 <input type="checkbox"/> g. Úlceras o llagas genitales 7 <input type="checkbox"/> h. Verrugas genitales 8 <input type="checkbox"/> i. Sangre en la orina 9 <input type="checkbox"/> j. Pérdida de peso 10 <input type="checkbox"/> k. Dolor en la relación sexual 11 <input type="checkbox"/> l. Incapacidad de dar a luz 12 <input type="checkbox"/> m. Irregularidad del ciclo menstrual 13 <input type="checkbox"/> n. Ausencia de la regla en la mujer 14 <input type="checkbox"/> o. Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/> p. No hay síntomas 16 <input type="checkbox"/> Si H24=2 (No ha tenido relaciones sexuales), pase a 63	a. Dolor abdominal 1 <input type="checkbox"/> b. Secreción genital 2 <input type="checkbox"/> c. Secreción maloliente 3 <input type="checkbox"/> d. Molestias al orinar 4 <input type="checkbox"/> e. Enrojecimiento o picazón en el área genital 5 <input type="checkbox"/> f. Inflamación o hinchazón en el área genital 6 <input type="checkbox"/> g. Úlceras o llagas genitales 7 <input type="checkbox"/> h. Verrugas genitales 8 <input type="checkbox"/> i. Sangre en la orina 9 <input type="checkbox"/> j. Pérdida de peso 10 <input type="checkbox"/> k. Dolor en la relación sexual 11 <input type="checkbox"/> l. Incapacidad de dar a luz 12 <input type="checkbox"/> m. Irregularidad del ciclo menstrual 13 <input type="checkbox"/> n. Ausencia de la regla en la mujer 14 <input type="checkbox"/> o. Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/> p. No hay síntomas 16 <input type="checkbox"/> Si H24=2 (No ha tenido relaciones sexuales), pase a 63	51	a. Dolor abdominal 1 <input type="checkbox"/> b. Secreción genital 2 <input type="checkbox"/> c. Secreción maloliente 3 <input type="checkbox"/> d. Molestias al orinar 4 <input type="checkbox"/> e. Enrojecimiento o picazón en el área genital 5 <input type="checkbox"/> f. Inflamación o hinchazón en el área genital 6 <input type="checkbox"/> g. Úlceras o llagas genitales 7 <input type="checkbox"/> h. Verrugas genitales 8 <input type="checkbox"/> i. Sangre en la orina 9 <input type="checkbox"/> j. Pérdida de peso 10 <input type="checkbox"/> k. Dolor en la relación sexual 11 <input type="checkbox"/> l. Incapacidad de dar a luz 12 <input type="checkbox"/> m. Irregularidad del ciclo menstrual 13 <input type="checkbox"/> n. Ausencia de la regla en la mujer 14 <input type="checkbox"/> o. Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/> p. No hay síntomas 16 <input type="checkbox"/> Si H24=2 (No ha tenido relaciones sexuales), pase a 63	a. Dolor abdominal 1 <input type="checkbox"/> b. Secreción genital 2 <input type="checkbox"/> c. Secreción maloliente 3 <input type="checkbox"/> d. Molestias al orinar 4 <input type="checkbox"/> e. Enrojecimiento o picazón en el área genital 5 <input type="checkbox"/> f. Inflamación o hinchazón en el área genital 6 <input type="checkbox"/> g. Úlceras o llagas genitales 7 <input type="checkbox"/> h. Verrugas genitales 8 <input type="checkbox"/> i. Sangre en la orina 9 <input type="checkbox"/> j. Pérdida de peso 10 <input type="checkbox"/> k. Dolor en la relación sexual 11 <input type="checkbox"/> l. Incapacidad de dar a luz 12 <input type="checkbox"/> m. Irregularidad del ciclo menstrual 13 <input type="checkbox"/> n. Ausencia de la regla en la mujer 14 <input type="checkbox"/> o. Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/> p. No hay síntomas 16 <input type="checkbox"/> Si H24=2 (No ha tenido relaciones sexuales), pase a 63	a. Dolor abdominal 1 <input type="checkbox"/> b. Secreción genital 2 <input type="checkbox"/> c. Secreción maloliente 3 <input type="checkbox"/> d. Molestias al orinar 4 <input type="checkbox"/> e. Enrojecimiento o picazón en el área genital 5 <input type="checkbox"/> f. Inflamación o hinchazón en el área genital 6 <input type="checkbox"/> g. Úlceras o llagas genitales 7 <input type="checkbox"/> h. Verrugas genitales 8 <input type="checkbox"/> i. Sangre en la orina 9 <input type="checkbox"/> j. Pérdida de peso 10 <input type="checkbox"/> k. Dolor en la relación sexual 11 <input type="checkbox"/> l. Incapacidad de dar a luz 12 <input type="checkbox"/> m. Irregularidad del ciclo menstrual 13 <input type="checkbox"/> n. Ausencia de la regla en la mujer 14 <input type="checkbox"/> o. Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/> p. No hay síntomas 16 <input type="checkbox"/> Si H24=2 (No ha tenido relaciones sexuales), pase a 63
52	¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna infección, la cual pudo haberse adquirido por contacto sexual?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si es hombre, pase a 55. Si es mujer continúe.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si es hombre, pase a 55. Si es mujer continúe.	52	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si es hombre, pase a 55. Si es mujer continúe.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si es hombre, pase a 55. Si es mujer continúe.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Si es hombre, pase a 55. Si es mujer continúe.
53	Algunas veces las mujeres experimentan un ardor con flujo o secreción vaginal anormal, ¿En los últimos 12 meses Ud. ha tenido ardor con flujo vaginal anormal?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	53	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
54	Algunas veces las mujeres experimentan llagas o úlceras en los genitales, ¿En los últimos 12 meses ha tenido llagas o úlceras en los genitales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S53=1, pase a 57. * Si S52=2,9 y S53=2,9, pase a 63.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S53=1, pase a 57. * Si S52=2,9 y S53=2,9, pase a 63.	54	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S53=1, pase a 57. * Si S52=2,9 y S53=2,9, pase a 63.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S53=1, pase a 57. * Si S52=2,9 y S53=2,9, pase a 63.	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S53=1, pase a 57. * Si S52=2,9 y S53=2,9, pase a 63.
55	Algunas veces los hombres tienen secreciones o goteo por su pene, ¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna secreción o goteo por su pene?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	55	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
56	Algunas veces los hombres presentan llagas o úlceras en su pene o en áreas cercanas, ¿En los últimos 12 meses Ud. ha tenido alguna llagas o úlceras en su pene o en áreas cercanas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S55=1, continúe. * Si S52=2,9 y S55=2,9, pase a 63	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S55=1, continúe. * Si S52=2,9 y S55=2,9, pase a 63	56	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S55=1, continúe. * Si S52=2,9 y S55=2,9, pase a 63	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S55=1, continúe. * Si S52=2,9 y S55=2,9, pase a 63	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> * Si S52=1 o S55=1, continúe. * Si S52=2,9 y S55=2,9, pase a 63

57	¿Consultó o buscó ayuda por esta (o estas) situaciones?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 59	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 59
58	¿Dónde consultó o buscó ayuda?	a. Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 3 <input type="checkbox"/> d. Consultorio médico particular 4 <input type="checkbox"/> e. Droguería 5 <input type="checkbox"/> f. Sanador tradicional 6 <input type="checkbox"/> g. Medicina alternativa (homeopatía ayurveda u otra) 7 <input type="checkbox"/> h. Curandero 8 <input type="checkbox"/> i. Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/> Pase a 60	a. Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 1 <input type="checkbox"/> d. Consultorio médico particular 1 <input type="checkbox"/> e. Droguería 1 <input type="checkbox"/> f. Sanador tradicional 1 <input type="checkbox"/> g. Medicina alternativa (homeopatía ayurveda u otra) 1 <input type="checkbox"/> h. Curandero 1 <input type="checkbox"/> i. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> Pase a 60
59	¿Cuál fue la razón principal por la que no consultó o buscó ayuda?	No tiene dinero 1 <input type="checkbox"/> La consulta es muy costosa 2 <input type="checkbox"/> No sabe a dónde acudir 3 <input type="checkbox"/> Le da pena 4 <input type="checkbox"/> Le da miedo o susto 5 <input type="checkbox"/> La pareja no la deja 6 <input type="checkbox"/> No le parece importante o necesario 7 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 8 <input type="checkbox"/> Es muy lejos 9 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al médico o centro de salud 10 <input type="checkbox"/> Se automedica 11 <input type="checkbox"/> Utiliza remedios caseros 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/> Pase a 60	No tiene dinero 1 <input type="checkbox"/> La consulta es muy costosa 2 <input type="checkbox"/> No sabe a dónde acudir 3 <input type="checkbox"/> Le da pena 4 <input type="checkbox"/> Le da miedo o susto 5 <input type="checkbox"/> La pareja no la deja 6 <input type="checkbox"/> No le parece importante o necesario 7 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 8 <input type="checkbox"/> Es muy lejos 9 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al médico o centro de salud 10 <input type="checkbox"/> Se automedica 11 <input type="checkbox"/> Utiliza remedios caseros 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/> Pase a 60
60	¿Cuando tuvo esa infección, se lo informó a la(s) persona(s) con quien(es) había tenido relaciones sexuales? (Tenga pendiente el número de parejas en los últimos 12 meses para saber Sí usa el plural o no)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> A algunas no a todas 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> A algunas no a todas 3 <input type="checkbox"/>
61	¿Cuando Ud. tuvo esa infección, Ud. hizo algo para evitar infectar a su(s) pareja(s)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pareja ya infectada 3 <input type="checkbox"/> Pase a 63	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pareja ya infectada 3 <input type="checkbox"/> Pase a 63

57	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 59	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 59	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 59
58	a. Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 1 <input type="checkbox"/> d. Consultorio médico particular 1 <input type="checkbox"/> e. Droguería 1 <input type="checkbox"/> f. Sanador tradicional 1 <input type="checkbox"/> g. Medicina alternativa (homeopatía ayurveda u otra) 1 <input type="checkbox"/> h. Curandero 1 <input type="checkbox"/> i. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> Pase a 60	a. Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 1 <input type="checkbox"/> d. Consultorio médico particular 1 <input type="checkbox"/> e. Droguería 1 <input type="checkbox"/> f. Sanador tradicional 1 <input type="checkbox"/> g. Medicina alternativa (homeopatía ayurveda u otra) 1 <input type="checkbox"/> h. Curandero 1 <input type="checkbox"/> i. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> Pase a 60	a. Hospital, centro o puesto de salud público 1 <input type="checkbox"/> b. Clínica privada 1 <input type="checkbox"/> c. Centro de atención de una EPS 1 <input type="checkbox"/> d. Consultorio médico particular 1 <input type="checkbox"/> e. Droguería 1 <input type="checkbox"/> f. Sanador tradicional 1 <input type="checkbox"/> g. Medicina alternativa (homeopatía ayurveda u otra) 1 <input type="checkbox"/> h. Curandero 1 <input type="checkbox"/> i. Otro, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> Pase a 60
59	No tiene dinero 1 <input type="checkbox"/> La consulta es muy costosa 2 <input type="checkbox"/> No sabe a dónde acudir 3 <input type="checkbox"/> Le da pena 4 <input type="checkbox"/> Le da miedo o susto 5 <input type="checkbox"/> La pareja no la deja 6 <input type="checkbox"/> No le parece importante o necesario 7 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 8 <input type="checkbox"/> Es muy lejos 9 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al médico o centro de salud 10 <input type="checkbox"/> Se automedica 11 <input type="checkbox"/> Utiliza remedios caseros 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/> Pase a 60	No tiene dinero 1 <input type="checkbox"/> La consulta es muy costosa 2 <input type="checkbox"/> No sabe a dónde acudir 3 <input type="checkbox"/> Le da pena 4 <input type="checkbox"/> Le da miedo o susto 5 <input type="checkbox"/> La pareja no la deja 6 <input type="checkbox"/> No le parece importante o necesario 7 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 8 <input type="checkbox"/> Es muy lejos 9 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al médico o centro de salud 10 <input type="checkbox"/> Se automedica 11 <input type="checkbox"/> Utiliza remedios caseros 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/> Pase a 60	No tiene dinero 1 <input type="checkbox"/> La consulta es muy costosa 2 <input type="checkbox"/> No sabe a dónde acudir 3 <input type="checkbox"/> Le da pena 4 <input type="checkbox"/> Le da miedo o susto 5 <input type="checkbox"/> La pareja no la deja 6 <input type="checkbox"/> No le parece importante o necesario 7 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 8 <input type="checkbox"/> Es muy lejos 9 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al médico o centro de salud 10 <input type="checkbox"/> Se automedica 11 <input type="checkbox"/> Utiliza remedios caseros 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/> Pase a 60
60	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> A algunas no a todas 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> A algunas no a todas 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> A algunas no a todas 3 <input type="checkbox"/>
61	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pareja ya infectada 3 <input type="checkbox"/> Pase a 63	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pareja ya infectada 3 <input type="checkbox"/> Pase a 63	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pareja ya infectada 3 <input type="checkbox"/> Pase a 63

62	De las siguientes acciones, ¿Cuáles hizo para evitar infectar a su(s) pareja(s):	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div> <div>a. Dejó(aron) de tener relaciones sexuales?</div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div> <div>b. Usaron condón en las relaciones sexuales?</div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div> <div>c. Tomó(aron) o usó(aron) medicamentos?</div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div> <div>a. Dejó(aron) de tener relaciones sexuales?</div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div> <div>b. Usaron condón en las relaciones sexuales?</div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div> <div>c. Tomó(aron) o usó(aron) medicamentos?</div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div>
63	¿Está de acuerdo con que una PERSONA le pida a su pareja que use condón si sabe que tiene una infección de transmisión sexual?	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No sabe</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>No sabe</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No sabe</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>No sabe</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>
64	¿En alguna de las consultas que ha tenido para el cuidado de su salud en los últimos 12 meses, le hablaron acerca de cómo prevenir las ITS o la infección por VIH/SIDA?	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No ha ido a consulta</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>No ha ido a consulta</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No ha ido a consulta</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div> <div><div>Sí</div><div>No</div><div>No ha ido a consulta</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>

CAPÍTULO T. EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)			
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre temas relacionados con la idea que tienen las personas sobre diferentes temas relacionados con la sexualidad			
1	¿Para usted qué es la sexualidad?	<div><div>Tener relaciones sexuales o hace el amor</div><div>1</div><div>Como uno se ve, se siente y se comporta como persona (hombre o mujer)</div><div>2</div><div>La orientación sexual</div><div>3</div><div>Tener sexo para tener hijos</div><div>4</div><div>Una forma de relacionarse con los demás</div><div>5</div><div>Otro, ¿cuál?</div><div>6</div><div>No sabe</div><div>9</div></div> <div><div>Tener relaciones sexuales o hace el amor</div><div>1</div><div>Como uno se ve, se siente y se comporta como persona (hombre o mujer)</div><div>2</div><div>La orientación sexual</div><div>3</div><div>Tener sexo para tener hijos</div><div>4</div><div>Una forma de relacionarse con los demás</div><div>5</div><div>Otro, ¿cuál?</div><div>6</div><div>No sabe</div><div>9</div></div>	




62	<div><div>a. Dejó(aron) de tener relaciones sexuales?</div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div></div> <div><div>b. Usaron condón en las relaciones sexuales?</div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div></div> <div><div>c. Tomó(aron) o usó(aron) medicamentos?</div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div></div>	<div><div>a. Dejó(aron) de tener relaciones sexuales?</div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div></div> <div><div>b. Usaron condón en las relaciones sexuales?</div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div></div> <div><div>c. Tomó(aron) o usó(aron) medicamentos?</div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div></div>	<div><div>a. Dejó(aron) de tener relaciones sexuales?</div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div></div> <div><div>b. Usaron condón en las relaciones sexuales?</div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div></div> <div><div>c. Tomó(aron) o usó(aron) medicamentos?</div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>1</div><div>2</div></div></div>
63	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No sabe</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No sabe</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No sabe</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>
64	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No ha ido a consulta</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No ha ido a consulta</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>	<div><div>Sí</div><div>No</div><div>No ha ido a consulta</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div>




CAPÍTULO T. EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)			
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre temas relacionados con la idea que tienen las personas sobre diferentes temas relacionados con la sexualidad			
1	<div><div>Tener relaciones sexuales o hace el amor</div><div>1</div><div>Como uno se ve, se siente y se comporta como persona (hombre o mujer)</div><div>2</div><div>La orientación sexual</div><div>3</div><div>Tener sexo para tener hijos</div><div>4</div><div>Una forma de relacionarse con los demás</div><div>5</div><div>Otro, ¿cuál?</div><div>6</div><div>No sabe</div><div>9</div></div>	<div><div>Tener relaciones sexuales o hace el amor</div><div>1</div><div>Como uno se ve, se siente y se comporta como persona (hombre o mujer)</div><div>2</div><div>La orientación sexual</div><div>3</div><div>Tener sexo para tener hijos</div><div>4</div><div>Una forma de relacionarse con los demás</div><div>5</div><div>Otro, ¿cuál?</div><div>6</div><div>No sabe</div><div>9</div></div>	<div><div>Tener relaciones sexuales o hace el amor</div><div>1</div><div>Como uno se ve, se siente y se comporta como persona (hombre o mujer)</div><div>2</div><div>La orientación sexual</div><div>3</div><div>Tener sexo para tener hijos</div><div>4</div><div>Una forma de relacionarse con los demás</div><div>5</div><div>Otro, ¿cuál?</div><div>6</div><div>No sabe</div><div>9</div></div>









CAPÍTULO T. EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)					
Pregunta		NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA DENTRO DEL HOGAR _____			
Nombre: _____					
Apellidos: _____					
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre temas relacionados con la idea que tienen las personas sobre diferentes temas relacionados con la sexualidad					
Me gustaría preguntarle acerca de algunos temas específicos sobre los cuales ha recibido u obtenido información acerca de la sexualidad					
No.	Temas	2. ¿Alguna vez en su vida ha recibido información sobre:	3. ¿A qué edad recuerda haber recibido u obtenido la información por primera vez?	4. ¿A través de quién o cómo obtuvo información sobre (tema) la primera vez?	5. Se elimina esta pregunta
a.	Anatomía y funcionamiento de los órganos sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema	
b.	Cambios que se presentan en la pubertad y en la vejez?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema	




CAPÍTULO T. EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)					
		NÚMERO DE ORDEN DEL HOMBRE DENTRO DEL HOGAR _____			
Nombre: _____					
Apellidos: _____					
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre temas relacionados con la idea que tienen las personas sobre diferentes temas relacionados con la sexualidad					
Me gustaría preguntarle acerca de algunos temas específicos sobre los cuales ha recibido u obtenido información acerca de la sexualidad					
No.		2. ¿Alguna vez en su vida ha recibido información sobre:	3. ¿A qué edad recuerda haber recibido u obtenido la información por primera vez?	4. ¿A través de quién o cómo obtuvo información sobre (tema) la primera vez?	5. Se elimina esta pregunta
a.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema	
b.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiendo tema	




c.	Comunicación efectiva y resolución de conflictos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
d.	Equidad de género y discriminación basada en identidad de género?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
e.	Placer sexual y erotismo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	

c.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
d.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
e.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	

f.	Orientación sexual y población LGBTI?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
g.	Cómo tener o evitar tener hijos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
h.	Uso de métodos de anticoncepción, entre esos, exigencia del uso del condón?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	

f.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
g.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
h.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	

i.	Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
j.	Violencia sexual? (acoso sexual, abuso sexual, violación)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
k.	Donde obtener información sobre derechos sexuales y reproductivos y los mecanismos de denuncia cuando se vulneran tales derechos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Pase a 6	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	

i.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
j.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	
k.		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>  Siguiente tema	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Padres 1 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Familia dif. a padres 2 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Personal de salud 3 <input type="checkbox"/> Profesores(as) o maestros(as) 4 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Conocido(a) o amigo(a) 5 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Organizaciones sociales o comunitarias 6 <input type="checkbox"/> Siguiente tema Medio de comunicación 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/> Siguiente tema	

CAPÍTULO T. EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre temas relacionados con la idea que tienen las personas sobre diferentes temas relacionados con la sexualidad			
6	En los últimos 12 meses, ¿Usted participó en actividades de educación relacionadas con la sexualidad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10
7	¿Qué entidad realizó la actividad de educación relacionada con la sexualidad en la que usted participó?	La empresa en que trabaja 1 <input type="checkbox"/>	La empresa en que trabaja 1 <input type="checkbox"/>
		El colegio o la escuela 2 <input type="checkbox"/>	El colegio o la escuela 2 <input type="checkbox"/>
		La Institución universitaria 3 <input type="checkbox"/>	La Institución universitaria 3 <input type="checkbox"/>
		La EPS 4 <input type="checkbox"/>	La EPS 4 <input type="checkbox"/>
		El Centro de salud 5 <input type="checkbox"/>	El Centro de salud 5 <input type="checkbox"/>
		Una Organización comunitaria 6 <input type="checkbox"/>	Una Organización comunitaria 6 <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
8	En general, ¿le han servido las actividades de educación para la sexualidad en las que ha participado en los últimos 12 meses para:	Mucho Poco Nada 1 2 3 a. Aclarar dudas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mucho Poco Nada 1 2 3 a. Aclarar dudas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		b. Adquirir conocimientos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Adquirir conocimientos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c. Cambiar actitudes y conductas (por ejemplo, sobre discriminación) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Cambiar actitudes y conductas (por ejemplo, sobre discriminación) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		d. Desarrollar habilidades para tomar decisiones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Desarrollar habilidades para tomar decisiones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		e. Comprender y respetar lo que piensan y sienten otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Comprender y respetar lo que piensan y sienten otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		f. Aprender a comunicar sus opiniones, intereses y expectativas a otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Aprender a comunicar sus opiniones, intereses y expectativas a otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		g. Saber a quién, dónde y cómo solicitar ayuda o exigir sus derechos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Saber a quién, dónde y cómo solicitar ayuda o exigir sus derechos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO T. EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre temas relacionados con la idea que tienen las personas sobre diferentes temas relacionados con la sexualidad				
6	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10
7	La empresa en que trabaja 1 <input type="checkbox"/>	La empresa en que trabaja 1 <input type="checkbox"/>	La empresa en que trabaja 1 <input type="checkbox"/>	La empresa en que trabaja 1 <input type="checkbox"/>
	El colegio o la escuela 2 <input type="checkbox"/>	El colegio o la escuela 2 <input type="checkbox"/>	El colegio o la escuela 2 <input type="checkbox"/>	El colegio o la escuela 2 <input type="checkbox"/>
	La Institución universitaria 3 <input type="checkbox"/>	La Institución universitaria 3 <input type="checkbox"/>	La Institución universitaria 3 <input type="checkbox"/>	La Institución universitaria 3 <input type="checkbox"/>
	La EPS 4 <input type="checkbox"/>	La EPS 4 <input type="checkbox"/>	La EPS 4 <input type="checkbox"/>	La EPS 4 <input type="checkbox"/>
	El Centro de salud 5 <input type="checkbox"/>	El Centro de salud 5 <input type="checkbox"/>	El Centro de salud 5 <input type="checkbox"/>	El Centro de salud 5 <input type="checkbox"/>
	Una Organización comunitaria 6 <input type="checkbox"/>	Una Organización comunitaria 6 <input type="checkbox"/>	Una Organización comunitaria 6 <input type="checkbox"/>	Una Organización comunitaria 6 <input type="checkbox"/>
	Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 7 <input type="checkbox"/>
8	Mucho Poco Nada 1 2 3 a. Aclarar dudas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mucho Poco Nada 1 2 3 a. Aclarar dudas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mucho Poco Nada 1 2 3 a. Aclarar dudas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mucho Poco Nada 1 2 3 a. Aclarar dudas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Adquirir conocimientos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Adquirir conocimientos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Adquirir conocimientos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Adquirir conocimientos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Cambiar actitudes y conductas (por ejemplo, sobre discriminación) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Cambiar actitudes y conductas (por ejemplo, sobre discriminación) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Cambiar actitudes y conductas (por ejemplo, sobre discriminación) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Cambiar actitudes y conductas (por ejemplo, sobre discriminación) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Desarrollar habilidades para tomar decisiones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Desarrollar habilidades para tomar decisiones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Desarrollar habilidades para tomar decisiones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Desarrollar habilidades para tomar decisiones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Comprender y respetar lo que piensan y sienten otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Comprender y respetar lo que piensan y sienten otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Comprender y respetar lo que piensan y sienten otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Comprender y respetar lo que piensan y sienten otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f. Aprender a comunicar sus opiniones, intereses y expectativas a otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Aprender a comunicar sus opiniones, intereses y expectativas a otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Aprender a comunicar sus opiniones, intereses y expectativas a otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Aprender a comunicar sus opiniones, intereses y expectativas a otras personas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Saber a quién, dónde y cómo solicitar ayuda o exigir sus derechos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Saber a quién, dónde y cómo solicitar ayuda o exigir sus derechos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Saber a quién, dónde y cómo solicitar ayuda o exigir sus derechos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Saber a quién, dónde y cómo solicitar ayuda o exigir sus derechos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

9	A lo largo de su vida, ¿qué tanto le ha hecho falta tener más información relacionada con la sexualidad?	Mucho 1 <input type="checkbox"/> Poco 2 <input type="checkbox"/> Nada 3 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Mucho 1 <input type="checkbox"/> Poco 2 <input type="checkbox"/> Nada 3 <input type="checkbox"/> Pase a 12
10	¿Sobre cuáles temas o aspectos cree que le ha faltado a información?	a. Infecciones de transmisión sexual 1 <input type="checkbox"/> b. Salud sexual y reproductiva 2 <input type="checkbox"/> c. Violencias de género y sexuales 3 <input type="checkbox"/> d. Relaciones y vínculos afectivos 4 <input type="checkbox"/> e. Diversidad sexual y población LGBTI 5 <input type="checkbox"/> f. Placer sexual y erotismo 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? _____ 7 <input type="checkbox"/>	a. Infecciones de transmisión sexual 1 <input type="checkbox"/> b. Salud sexual y reproductiva 2 <input type="checkbox"/> c. Violencias de género y sexuales 3 <input type="checkbox"/> d. Relaciones y vínculos afectivos 4 <input type="checkbox"/> e. Diversidad sexual y población LGBTI 5 <input type="checkbox"/> f. Placer sexual y erotismo 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? _____ 7 <input type="checkbox"/>
		En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo 1 2 3 a. La familia es la única que debe brindar educación sobre sexualidad a niñas, niños y adolescentes <input type="checkbox"/> b. Los materiales que se usan en los programas de educación para la sexualidad son vulgares <input type="checkbox"/> c. Es mejor que los y las adolescentes no reciban información o educación sobre sexualidad porque eso hace que haya más embarazos en la adolescencia <input type="checkbox"/>	En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo 1 2 3 a. La familia es la única que debe brindar educación sobre sexualidad a niñas, niños y adolescentes <input type="checkbox"/> b. Los materiales que se usan en los programas de educación para la sexualidad son vulgares <input type="checkbox"/> c. Es mejor que los y las adolescentes no reciban información o educación sobre sexualidad porque eso hace que haya más embarazos en la adolescencia <input type="checkbox"/>
9		Mucho 1 <input type="checkbox"/> Poco 2 <input type="checkbox"/> Nada 3 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Mucho 1 <input type="checkbox"/> Poco 2 <input type="checkbox"/> Nada 3 <input type="checkbox"/> Pase a 12
10		a. Infecciones de transmisión sexual 1 <input type="checkbox"/> b. Salud sexual y reproductiva 2 <input type="checkbox"/> c. Violencias de género y sexuales 3 <input type="checkbox"/> d. Relaciones y vínculos afectivos 4 <input type="checkbox"/> e. Diversidad sexual y población LGBTI 5 <input type="checkbox"/> f. Placer sexual y erotismo 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? _____ 7 <input type="checkbox"/>	a. Infecciones de transmisión sexual 1 <input type="checkbox"/> b. Salud sexual y reproductiva 2 <input type="checkbox"/> c. Violencias de género y sexuales 3 <input type="checkbox"/> d. Relaciones y vínculos afectivos 4 <input type="checkbox"/> e. Diversidad sexual y población LGBTI 5 <input type="checkbox"/> f. Placer sexual y erotismo 6 <input type="checkbox"/> g. Otro, ¿cuál? _____ 7 <input type="checkbox"/>
		En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo 1 2 3 a. La familia es la única que debe brindar educación sobre sexualidad a niñas, niños y adolescentes <input type="checkbox"/> b. Los materiales que se usan en los programas de educación para la sexualidad son vulgares <input type="checkbox"/> c. Es mejor que los y las adolescentes no reciban información o educación sobre sexualidad porque eso hace que haya más embarazos en la adolescencia <input type="checkbox"/>	En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo 1 2 3 a. La familia es la única que debe brindar educación sobre sexualidad a niñas, niños y adolescentes <input type="checkbox"/> b. Los materiales que se usan en los programas de educación para la sexualidad son vulgares <input type="checkbox"/> c. Es mejor que los y las adolescentes no reciban información o educación sobre sexualidad porque eso hace que haya más embarazos en la adolescencia <input type="checkbox"/>
		En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo 1 2 3 a. La familia es la única que debe brindar educación sobre sexualidad a niñas, niños y adolescentes <input type="checkbox"/> b. Los materiales que se usan en los programas de educación para la sexualidad son vulgares <input type="checkbox"/> c. Es mejor que los y las adolescentes no reciban información o educación sobre sexualidad porque eso hace que haya más embarazos en la adolescencia <input type="checkbox"/>	En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo 1 2 3 a. La familia es la única que debe brindar educación sobre sexualidad a niñas, niños y adolescentes <input type="checkbox"/> b. Los materiales que se usan en los programas de educación para la sexualidad son vulgares <input type="checkbox"/> c. Es mejor que los y las adolescentes no reciban información o educación sobre sexualidad porque eso hace que haya más embarazos en la adolescencia <input type="checkbox"/>

11	Ahora le voy a leer una serie de frases acerca de la educación para la sexualidad. Por favor dígame Si está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o está en desacuerdo con cada una de las frases:	<div>d. A las personas sólo se les debe hablar de anticoncepción cuando comienzan a tener relaciones sexuales</div> <div>e. Se deben entregar condones a las y los adolescentes entre 12 y 14 años como parte del proceso de educación sexual</div> <div>f. Para evitar las infecciones de transmisión sexual se debe dar educación para la sexualidad desde el preescolar</div> <div>g. La educación para la sexualidad promueve el respeto por todas las personas independiente de su sexo, género y orientación sexual</div> <div>h. La educación para la sexualidad aumenta la curiosidad de las niñas y los niños por cosas que no deben saber a su edad</div> <div>i. Se debe enseñar a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS)</div>	<div>d. A las personas sólo se les debe hablar de anticoncepción cuando comienzan a tener relaciones sexuales</div> <div>e. Se deben entregar condones a las y los adolescentes entre 12 y 14 años como parte del proceso de educación sexual</div> <div>f. Para evitar las infecciones de transmisión sexual se debe dar educación para la sexualidad desde el preescolar</div> <div>g. La educación para la sexualidad promueve el respeto por todas las personas independiente de su sexo, género y orientación sexual</div> <div>h. La educación para la sexualidad aumenta la curiosidad de las niñas y los niños por cosas que no deben saber a su edad</div> <div>i. Se debe enseñar a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS)</div>	11	<div>d. A las personas sólo se les debe hablar de anticoncepción cuando comienzan a tener relaciones sexuales</div> <div>e. Se deben entregar condones a las y los adolescentes entre 12 y 14 años como parte del proceso de educación sexual</div> <div>f. Para evitar las infecciones de transmisión sexual se debe dar educación para la sexualidad desde el preescolar</div> <div>g. La educación para la sexualidad promueve el respeto por todas las personas independiente de su sexo, género y orientación sexual</div> <div>h. La educación para la sexualidad aumenta la curiosidad de las niñas y los niños por cosas que no deben saber a su edad</div> <div>i. Se debe enseñar a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS)</div>	<div>d. A las personas sólo se les debe hablar de anticoncepción cuando comienzan a tener relaciones sexuales</div> <div>e. Se deben entregar condones a las y los adolescentes entre 12 y 14 años como parte del proceso de educación sexual</div> <div>f. Para evitar las infecciones de transmisión sexual se debe dar educación para la sexualidad desde el preescolar</div> <div>g. La educación para la sexualidad promueve el respeto por todas las personas independiente de su sexo, género y orientación sexual</div> <div>h. La educación para la sexualidad aumenta la curiosidad de las niñas y los niños por cosas que no deben saber a su edad</div> <div>i. Se debe enseñar a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS)</div>	<div>d. A las personas sólo se les debe hablar de anticoncepción cuando comienzan a tener relaciones sexuales</div> <div>e. Se deben entregar condones a las y los adolescentes entre 12 y 14 años como parte del proceso de educación sexual</div> <div>f. Para evitar las infecciones de transmisión sexual se debe dar educación para la sexualidad desde el preescolar</div> <div>g. La educación para la sexualidad promueve el respeto por todas las personas independiente de su sexo, género y orientación sexual</div> <div>h. La educación para la sexualidad aumenta la curiosidad de las niñas y los niños por cosas que no deben saber a su edad</div> <div>i. Se debe enseñar a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS)</div>
12	¿A partir de qué edad considera usted que una persona debe recibir información sobre los métodos para evitar un embarazo o la transmisión de enfermedades como el VIH?	Años	Años	12	Años	Años	Años

CAPÍTULO U. ROLES DE GÉNERO (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)			
	Persona orden 01	Persona orden 02	
Nombre			
Apellidos			
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre temas relacionados con la manera que las personas entrevistadas ven ciertas actitudes y comportamientos relacionados con el género de las personas			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	Por favor dígame Si está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres:	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. El papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. El papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia</div>
		<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>b. Una mujer solo se realiza cuando tiene hijos e hijas</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>b. Una mujer solo se realiza cuando tiene hijos e hijas</div>
		<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>c. Los hombres solo piensan en tener sexo</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>c. Los hombres solo piensan en tener sexo</div>
		<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>d. Los hombres necesitan más sexo que las mujeres</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>d. Los hombres necesitan más sexo que las mujeres</div>
		<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>e. Algunas veces se justifica golpear a las mujeres</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>e. Algunas veces se justifica golpear a las mujeres</div>
		<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>f. Cambiar pañales, bañar a los(as) niños(as) y alimentarlos es responsabilidad de las mujeres</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>f. Cambiar pañales, bañar a los(as) niños(as) y alimentarlos es responsabilidad de las mujeres</div>
		<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>g. Son las mujeres quienes deben tomar las precauciones para no embarazarse</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>g. Son las mujeres quienes deben tomar las precauciones para no embarazarse</div>

CAPÍTULO U. ROLES DE GÉNERO (para mujeres de 13 a 49 y hombres de 13 a 59 años)			
	Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Las siguientes preguntas buscan indagar sobre temas relacionados con la manera que las personas entrevistadas ven ciertas actitudes y comportamientos relacionados con el género de las personas			
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
1	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. El papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. El papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. El papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia</div>
	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>b. Una mujer solo se realiza cuando tiene hijos e hijas</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>b. Una mujer solo se realiza cuando tiene hijos e hijas</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>b. Una mujer solo se realiza cuando tiene hijos e hijas</div>
	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>c. Los hombres solo piensan en tener sexo</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>c. Los hombres solo piensan en tener sexo</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>c. Los hombres solo piensan en tener sexo</div>
	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>d. Los hombres necesitan más sexo que las mujeres</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>d. Los hombres necesitan más sexo que las mujeres</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>d. Los hombres necesitan más sexo que las mujeres</div>
	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>e. Algunas veces se justifica golpear a las mujeres</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>e. Algunas veces se justifica golpear a las mujeres</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>e. Algunas veces se justifica golpear a las mujeres</div>
	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>f. Cambiar pañales, bañar a los(as) niños(as) y alimentarlos es responsabilidad de las mujeres</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>f. Cambiar pañales, bañar a los(as) niños(as) y alimentarlos es responsabilidad de las mujeres</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>f. Cambiar pañales, bañar a los(as) niños(as) y alimentarlos es responsabilidad de las mujeres</div>
	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>g. Son las mujeres quienes deben tomar las precauciones para no embarazarse</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>g. Son las mujeres quienes deben tomar las precauciones para no embarazarse</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>g. Son las mujeres quienes deben tomar las precauciones para no embarazarse</div>



2	Voy a leerle algunas frases, por favor dígame Si está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con cada una de las frases:	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Los hombres son la cabeza del hogar</div> <div>b. Una mujer necesita un hombre para ser feliz</div> <div>c. Los hombres necesitan de una mujer en la casa</div> <div>d. Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) a que un hombre lo haga</div> <div>e. La mujer se debe casar virgen</div> <div>f. La mujer es libre de decidir Si quiere trabajar</div> <div>g. Donde hay niñas y niños, solo las niñas son las que deben apoyar en las tareas domésticas</div> <div>MUJER *Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 o 2 (es casada o unida), continúe. *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J2)7&lt;13 años, al menos un(a) hijo(a), pase a 5 *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J1)15=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por (J1)15), pase a 7</div> <div>HOMBRE *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=1 o 2 (es casado o unido), continúe. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P8&lt;13 años, pase a 5. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1), pase a 7.</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Los hombres son la cabeza del hogar</div> <div>b. Una mujer necesita un hombre para ser feliz</div> <div>c. Los hombres necesitan de una mujer en la casa</div> <div>d. Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) a que un hombre lo haga</div> <div>e. La mujer se debe casar virgen</div> <div>f. La mujer es libre de decidir Si quiere trabajar</div> <div>g. Donde hay niñas y niños, solo las niñas son las que deben apoyar en las tareas domésticas</div> <div>MUJER *Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 o 2 (es casada o unida), continúe. *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J2)7&lt;13 años, al menos un(a) hijo(a), pase a 5 *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J1)15=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por (J1)15), pase a 7</div> <div>HOMBRE *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=1 o 2 (es casado o unido), continúe. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P8&lt;13 años, pase a 5. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1), pase a 7.</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Los hombres son la cabeza del hogar</div> <div>b. Una mujer necesita un hombre para ser feliz</div> <div>c. Los hombres necesitan de una mujer en la casa</div> <div>d. Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) a que un hombre lo haga</div> <div>e. La mujer se debe casar virgen</div> <div>f. La mujer es libre de decidir Si quiere trabajar</div> <div>g. Donde hay niñas y niños, solo las niñas son las que deben apoyar en las tareas domésticas</div> <div>MUJER *Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 o 2 (es casada o unida), continúe. *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J2)7&lt;13 años, al menos un(a) hijo(a), pase a 5 *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J1)15=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por (J1)15), pase a 7</div> <div>HOMBRE *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=1 o 2 (es casado o unido), continúe. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P8&lt;13 años, pase a 5. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1), pase a 7.</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Los hombres son la cabeza del hogar</div> <div>b. Una mujer necesita un hombre para ser feliz</div> <div>c. Los hombres necesitan de una mujer en la casa</div> <div>d. Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) a que un hombre lo haga</div> <div>e. La mujer se debe casar virgen</div> <div>f. La mujer es libre de decidir Si quiere trabajar</div> <div>g. Donde hay niñas y niños, solo las niñas son las que deben apoyar en las tareas domésticas</div> <div>MUJER *Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 o 2 (es casada o unida), continúe. *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J2)7&lt;13 años, al menos un(a) hijo(a), pase a 5 *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J1)15=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por (J1)15), pase a 7</div> <div>HOMBRE *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=1 o 2 (es casado o unido), continúe. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P8&lt;13 años, pase a 5. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1), pase a 7.</div>
		<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Los hombres son la cabeza del hogar</div> <div>b. Una mujer necesita un hombre para ser feliz</div> <div>c. Los hombres necesitan de una mujer en la casa</div> <div>d. Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) a que un hombre lo haga</div> <div>e. La mujer se debe casar virgen</div> <div>f. La mujer es libre de decidir Si quiere trabajar</div> <div>g. Donde hay niñas y niños, solo las niñas son las que deben apoyar en las tareas domésticas</div> <div>MUJER *Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 o 2 (es casada o unida), continúe. *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J2)7&lt;13 años, al menos un(a) hijo(a), pase a 5 *Si D1=2 o 2a (Mujer), H1=3, 4 o 5 (es separada, divorciada, viuda o soltera) y (J1)15=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por (J1)15), pase a 7</div> <div>HOMBRE *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=1 o 2 (es casado o unido), continúe. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P8&lt;13 años, pase a 5. *Si D1=1 o 1a (Hombre), H1=3, 4 o 5 (es separado, divorciado, viudo o soltero) y P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1), pase a 7.</div>			

3	Aparte de la ayuda que puedan recibir de otras personas, ¿cómo se dividen usted y su pareja las siguientes tareas de la casa:	<div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. Limpiar la casa o el baño?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Preparar comida?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Lavar la ropa o la loza?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Comprar, conseguir comida o hacer mercado?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>MUJER</div><div>* Si D1= 2 o 2a (Mujer), y (J2)7&lt;13 años, al menos un(a) hijo(a), continúe. De lo contrario pase a 7.</div><div>* Si D1= 2 o 2a (Mujer) y (J1)15=1 (TIENE hijos), pase a 7.</div></div><div><div>HOMBRE</div><div>* Si D1= 1 o 1a (Hombre) y P8&lt;13 años, continúe. De lo contrario pase a 7.</div><div>* Si D1= 1 o 1a (Hombre) y P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1), pase a 7.</div></div></div>	<div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. Limpiar la casa o el baño?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Preparar comida?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Lavar la ropa o la loza?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Comprar, conseguir comida o hacer mercado?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>MUJER</div><div>* Si D1= 2 o 2a (Mujer), y (J2)7&lt;13 años, al menos un(a) hijo(a), continúe. De lo contrario pase a 7.</div><div>* Si D1= 2 o 2a (Mujer) y (J1)15=1 (TIENE hijos), pase a 7.</div></div><div><div>HOMBRE</div><div>* Si D1= 1 o 1a (Hombre) y P8&lt;13 años, continúe. De lo contrario pase a 7.</div><div>* Si D1= 1 o 1a (Hombre) y P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1), pase a 7.</div></div></div>
		<div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. El cuidado diario de los niños(as) (bañarlos, vestirlos, darles de comer)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Estar en la casa con el niño(a) cuando está enfermo(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Llevarlo(a) y recogerlo(a) de la escuela, colegio o guardería?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Llevarlo(a) al médico para chequeos y controles?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>e. Jugar con el (la) niño(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. El cuidado diario de los niños(as) (bañarlos, vestirlos, darles de comer)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Estar en la casa con el niño(a) cuando está enfermo(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Llevarlo(a) y recogerlo(a) de la escuela, colegio o guardería?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Llevarlo(a) al médico para chequeos y controles?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>e. Jugar con el (la) niño(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div></div></div>	
4	Aparte de la ayuda que puedan recibir de otras personas, ¿cómo se dividen usted y su pareja las siguientes tareas con respecto a los niños y niñas:	<div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. El cuidado diario de los niños(as) (bañarlos, vestirlos, darles de comer)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Estar en la casa con el niño(a) cuando está enfermo(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Llevarlo(a) y recogerlo(a) de la escuela, colegio o guardería?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Llevarlo(a) al médico para chequeos y controles?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>e. Jugar con el (la) niño(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. El cuidado diario de los niños(as) (bañarlos, vestirlos, darles de comer)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Estar en la casa con el niño(a) cuando está enfermo(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Llevarlo(a) y recogerlo(a) de la escuela, colegio o guardería?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Llevarlo(a) al médico para chequeos y controles?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>e. Jugar con el (la) niño(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div></div></div>	<div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. El cuidado diario de los niños(as) (bañarlos, vestirlos, darles de comer)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Estar en la casa con el niño(a) cuando está enfermo(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Llevarlo(a) y recogerlo(a) de la escuela, colegio o guardería?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Llevarlo(a) al médico para chequeos y controles?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>e. Jugar con el (la) niño(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. El cuidado diario de los niños(as) (bañarlos, vestirlos, darles de comer)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Estar en la casa con el niño(a) cuando está enfermo(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Llevarlo(a) y recogerlo(a) de la escuela, colegio o guardería?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Llevarlo(a) al médico para chequeos y controles?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>e. Jugar con el (la) niño(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div></div></div>
		<div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. El cuidado diario de los niños(as) (bañarlos, vestirlos, darles de comer)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Estar en la casa con el niño(a) cuando está enfermo(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Llevarlo(a) y recogerlo(a) de la escuela, colegio o guardería?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Llevarlo(a) al médico para chequeos y controles?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>e. Jugar con el (la) niño(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>Códigos de respuesta (CR)</div><div><div><div>Usted hace todo</div><div>1</div></div><div><div>Usted hace más que su pareja</div><div>2</div></div><div><div>Los dos por igual</div><div>3</div></div><div><div>Su pareja hace más que usted</div><div>4</div></div><div><div>Su pareja hace todo</div><div>5</div></div><div><div>Ninguno de los dos lo hace</div><div>6</div></div></div><div><div>CR</div><div><div>a. El cuidado diario de los niños(as) (bañarlos, vestirlos, darles de comer)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. Estar en la casa con el niño(a) cuando está enfermo(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. Llevarlo(a) y recogerlo(a) de la escuela, colegio o guardería?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. Llevarlo(a) al médico para chequeos y controles?</div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>e. Jugar con el (la) niño(a)?</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div></div></div>	

5	¿Quién cuida usualmente de sus hijos(as) menores en el hogar, cuando usted sale de la casa?	Lo(a) lleva con usted	1	<input type="checkbox"/>	Lo(a) lleva con usted	1	<input type="checkbox"/>	Lo(a) lleva con usted	1	<input type="checkbox"/>	Lo(a) lleva con usted	1	<input type="checkbox"/>
		Su pareja	2	<input type="checkbox"/>	Su pareja	2	<input type="checkbox"/>	Su pareja	2	<input type="checkbox"/>	Su pareja	2	<input type="checkbox"/>
		El padre	3	<input type="checkbox"/>	El padre	3	<input type="checkbox"/>	El padre	3	<input type="checkbox"/>	El padre	3	<input type="checkbox"/>
		La madre	4	<input type="checkbox"/>	La madre	4	<input type="checkbox"/>	La madre	4	<input type="checkbox"/>	La madre	4	<input type="checkbox"/>
		La hermana del (de la) niño(a)	5	<input type="checkbox"/>	La hermana del (de la) niño(a)	5	<input type="checkbox"/>	La hermana del (de la) niño(a)	5	<input type="checkbox"/>	La hermana del (de la) niño(a)	5	<input type="checkbox"/>
		El hermano del (de la) niño(a)	6	<input type="checkbox"/>	El hermano del (de la) niño(a)	6	<input type="checkbox"/>	El hermano del (de la) niño(a)	6	<input type="checkbox"/>	El hermano del (de la) niño(a)	6	<input type="checkbox"/>
		Abuelo del (de la) niño(a)	7	<input type="checkbox"/>	Abuelo del (de la) niño(a)	7	<input type="checkbox"/>	Abuelo del (de la) niño(a)	7	<input type="checkbox"/>	Abuelo del (de la) niño(a)	7	<input type="checkbox"/>
		Abuela del (de la) niño(a)	8	<input type="checkbox"/>	Abuela del (de la) niño(a)	8	<input type="checkbox"/>	Abuela del (de la) niño(a)	8	<input type="checkbox"/>	Abuela del (de la) niño(a)	8	<input type="checkbox"/>
		Otros parientes	9	<input type="checkbox"/>	Otros parientes	9	<input type="checkbox"/>	Otros parientes	9	<input type="checkbox"/>	Otros parientes	9	<input type="checkbox"/>
		Vecinas	10	<input type="checkbox"/>	Vecinas	10	<input type="checkbox"/>	Vecinas	10	<input type="checkbox"/>	Vecinas	10	<input type="checkbox"/>
		Vecinos	11	<input type="checkbox"/>	Vecinos	11	<input type="checkbox"/>	Vecinos	11	<input type="checkbox"/>	Vecinos	11	<input type="checkbox"/>
		Amigas	12	<input type="checkbox"/>	Amigas	12	<input type="checkbox"/>	Amigas	12	<input type="checkbox"/>	Amigas	12	<input type="checkbox"/>
		Amigos	13	<input type="checkbox"/>	Amigos	13	<input type="checkbox"/>	Amigos	13	<input type="checkbox"/>	Amigos	13	<input type="checkbox"/>
		Empleado doméstico	14	<input type="checkbox"/>	Empleado doméstico	14	<input type="checkbox"/>	Empleado doméstico	14	<input type="checkbox"/>	Empleado doméstico	14	<input type="checkbox"/>
		Empleada doméstica	15	<input type="checkbox"/>	Empleada doméstica	15	<input type="checkbox"/>	Empleada doméstica	15	<input type="checkbox"/>	Empleada doméstica	15	<input type="checkbox"/>
		El (La) Niño(a) está en la escuela o colegio	16	<input type="checkbox"/>	El (La) Niño(a) está en la escuela o colegio	16	<input type="checkbox"/>	El (La) Niño(a) está en la escuela o colegio	16	<input type="checkbox"/>	El (La) Niño(a) está en la escuela o colegio	16	<input type="checkbox"/>
		Cuidado ICBF	17	<input type="checkbox"/>	Cuidado ICBF	17	<input type="checkbox"/>	Cuidado ICBF	17	<input type="checkbox"/>	Cuidado ICBF	17	<input type="checkbox"/>
		Cuidado otra institución	18	<input type="checkbox"/>	Cuidado otra institución	18	<input type="checkbox"/>	Cuidado otra institución	18	<input type="checkbox"/>	Cuidado otra institución	18	<input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?	19	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	19	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	19	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	19	<input type="checkbox"/>
		Nadie lo(la) cuida	20	<input type="checkbox"/>	Nadie lo(la) cuida	20	<input type="checkbox"/>	Nadie lo(la) cuida	20	<input type="checkbox"/>	Nadie lo(la) cuida	20	<input type="checkbox"/>
6	¿Quién cuidó usualmente de usted cuando niño(a)?	Madre	1	<input type="checkbox"/>	Madre	1	<input type="checkbox"/>	Madre	1	<input type="checkbox"/>	Madre	1	<input type="checkbox"/>
		Padre	2	<input type="checkbox"/>	Padre	2	<input type="checkbox"/>	Padre	2	<input type="checkbox"/>	Padre	2	<input type="checkbox"/>
		Abuela	3	<input type="checkbox"/>	Abuela	3	<input type="checkbox"/>	Abuela	3	<input type="checkbox"/>	Abuela	3	<input type="checkbox"/>
		Abuelo	4	<input type="checkbox"/>	Abuelo	4	<input type="checkbox"/>	Abuelo	4	<input type="checkbox"/>	Abuelo	4	<input type="checkbox"/>
		Madrastra	5	<input type="checkbox"/>	Madrastra	5	<input type="checkbox"/>	Madrastra	5	<input type="checkbox"/>	Madrastra	5	<input type="checkbox"/>
		Padrastro	6	<input type="checkbox"/>	Padrastro	6	<input type="checkbox"/>	Padrastro	6	<input type="checkbox"/>	Padrastro	6	<input type="checkbox"/>
		Otro familiar	7	<input type="checkbox"/>	Otro familiar	7	<input type="checkbox"/>	Otro familiar	7	<input type="checkbox"/>	Otro familiar	7	<input type="checkbox"/>
		Otra persona, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	Otra persona, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	Otra persona, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	Otra persona, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>

7	Dentro de sus actividades cotidianas, ¿Usted cuida a alguna de las siguientes personas, sin que le paguen por eso:	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Personas enfermas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Personas en condición de discapacidad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Adultos mayores de 59 años? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Otro?, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div></div></div>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Personas enfermas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Personas en condición de discapacidad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Adultos mayores de 59 años? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Otro?, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div></div></div>
8	¿Usted pertenece a alguna de las siguientes organizaciones sociales, políticas o comunitarias:	<div><div>a. Organización social (Artística, deportiva, educativa, étnica, etc.)? 1 <input type="checkbox"/></div><div>b. Organización política (Feminista, LGBTI, partido político, etc.)? 2 <input type="checkbox"/></div><div>c. Organización comunitaria (Religiosa, barrial, junta de acción comunal, etc.)? 3 <input type="checkbox"/></div><div>d. Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div><div>e. Ninguna 9 <input type="checkbox"/></div><div>HOMBRE</div><div>* Si D1= 1 o 1a (Hombre) y H2= 1 o 2 (es casado o está en unión libre), pase a 10. De lo contrario pase 15.</div><div>MUJER</div><div>* Si D1= 2 o 2a (Mujer), continúe.</div></div>	<div><div>a. Organización social (Artística, deportiva, educativa, étnica, etc.)? 1 <input type="checkbox"/></div><div>b. Organización política (Feminista, LGBTI, partido político, etc.)? 2 <input type="checkbox"/></div><div>c. Organización comunitaria (Religiosa, barrial, junta de acción comunal, etc.)? 3 <input type="checkbox"/></div><div>d. Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div><div>e. Ninguna 9 <input type="checkbox"/></div><div>HOMBRE</div><div>* Si D1= 1 o 1a (Hombre) y H2= 1 o 2 (es casado o está en unión libre), pase a 10. De lo contrario pase 15.</div><div>MUJER</div><div>* Si D1= 2 o 2a (Mujer), continúe.</div></div>
9	¿Usted ha sido discriminada por ser mujer en alguno de los siguientes espacios:	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. La familia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. El trabajo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. El espacio público? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Instituciones educativas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Otro?, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si H2=1 o 2 (Casada o unida), continúe; de lo contrario pase a 15.</div></div>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. La familia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. El trabajo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. El espacio público? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Instituciones educativas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Otro?, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si H2=1 o 2 (Casada o unida), continúe; de lo contrario pase a 15.</div></div>
10	¿Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que su pareja gana?	<div><div>Usted decide 1 <input type="checkbox"/></div><div>Su pareja decide 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambos deciden 3 <input type="checkbox"/></div><div>Pareja no gana dinero 4 <input type="checkbox"/></div><div>Si la persona tiene ingresos laborales (G12=1 o G13=1 o G14=1) continúe; de lo contrario pase a 14</div></div>	<div><div>Usted decide 1 <input type="checkbox"/></div><div>Su pareja decide 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambos deciden 3 <input type="checkbox"/></div><div>Pareja no gana dinero 4 <input type="checkbox"/></div><div>Si la persona tiene ingresos laborales (G12=1 o G13=1 o G14=1) continúe; de lo contrario pase a 14</div></div>

7		<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Personas enfermas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Personas en condición de discapacidad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Adultos mayores de 59 años? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Otro?, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div></div></div>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. Personas enfermas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Personas en condición de discapacidad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Adultos mayores de 59 años? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Otro?, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div></div></div>
8		<div><div>a. Organización social (Artística, deportiva, educativa, étnica, etc.)? 1 <input type="checkbox"/></div><div>b. Organización política (Feminista, LGBTI, partido político, etc.)? 2 <input type="checkbox"/></div><div>c. Organización comunitaria (Religiosa, barrial, junta de acción comunal, etc.)? 3 <input type="checkbox"/></div><div>d. Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div><div>e. Ninguna 9 <input type="checkbox"/></div><div>HOMBRE</div><div>* Si D1= 1 o 1a (Hombre) y H2= 1 o 2 (es casado o está en unión libre), pase a 10. De lo contrario pase 15.</div><div>MUJER</div><div>* Si D1= 2 o 2a (Mujer), continúe.</div></div>	<div><div>a. Organización social (Artística, deportiva, educativa, étnica, etc.)? 1 <input type="checkbox"/></div><div>b. Organización política (Feminista, LGBTI, partido político, etc.)? 2 <input type="checkbox"/></div><div>c. Organización comunitaria (Religiosa, barrial, junta de acción comunal, etc.)? 3 <input type="checkbox"/></div><div>d. Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/></div><div>e. Ninguna 9 <input type="checkbox"/></div><div>HOMBRE</div><div>* Si D1= 1 o 1a (Hombre) y H2= 1 o 2 (es casado o está en unión libre), pase a 10. De lo contrario pase 15.</div><div>MUJER</div><div>* Si D1= 2 o 2a (Mujer), continúe.</div></div>
9		<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. La familia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. El trabajo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. El espacio público? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Instituciones educativas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Otro?, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si H2=1 o 2 (Casada o unida), continúe; de lo contrario pase a 15.</div></div>	<div><div>Sí No</div><div>1 2</div><div>a. La familia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. El trabajo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. El espacio público? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Instituciones educativas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Otro?, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>Si en la pregunta 2 (estado civil) del capítulo H la persona está casada o en unión libre, continúe; de lo contrario pase a 15.</div></div>
10		<div><div>Usted decide 1 <input type="checkbox"/></div><div>Su pareja decide 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambos deciden 3 <input type="checkbox"/></div><div>Pareja no gana dinero 4 <input type="checkbox"/></div><div>Si la persona tiene ingresos laborales (G12=1 o G13=1 o G14=1) continúe; de lo contrario pase a 14</div></div>	<div><div>Usted decide 1 <input type="checkbox"/></div><div>Su pareja decide 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambos deciden 3 <input type="checkbox"/></div><div>Pareja no gana dinero 4 <input type="checkbox"/></div><div>Si la persona tiene ingresos laborales (G12=1 o G13=1 o G14=1) continúe; de lo contrario pase a 14</div></div>

11	Quién decide principalmente cómo se gasta el dinero que usted gana: ¿usted, su pareja, usted conjuntamente con su pareja o alguien más?	Usted decide 1 <input type="checkbox"/> Su pareja decide 2 <input type="checkbox"/> Ambos deciden 3 <input type="checkbox"/> Alguien más lo decide 4 <input type="checkbox"/> Conjuntamente con alguien más lo deciden 5 <input type="checkbox"/>	Usted decide 1 <input type="checkbox"/> Su pareja decide 2 <input type="checkbox"/> Ambos deciden 3 <input type="checkbox"/> Alguien más lo decide 4 <input type="checkbox"/> Conjuntamente con alguien más lo deciden 5 <input type="checkbox"/>
12	¿El dinero que gana usted es más de lo que gana su pareja, menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	Más de lo que gana su pareja 1 <input type="checkbox"/> Menos de lo que gana su pareja 2 <input type="checkbox"/> Más o menos lo mismo 3 <input type="checkbox"/> Pareja no gana dinero 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Más de lo que gana su pareja 1 <input type="checkbox"/> Menos de lo que gana su pareja 2 <input type="checkbox"/> Más o menos lo mismo 3 <input type="checkbox"/> Pareja no gana dinero 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
13	¿En promedio, cuánto de los gastos de su hogar se pagan con lo que usted gana: casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo o nada?	Nada, se ahorra todo 1 <input type="checkbox"/> Casi nada 2 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad 3 <input type="checkbox"/> La mitad 4 <input type="checkbox"/> Más de la mitad pero no todo 5 <input type="checkbox"/> Todo 6 <input type="checkbox"/>	Nada, se ahorra todo 1 <input type="checkbox"/> Casi nada 2 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad 3 <input type="checkbox"/> La mitad 4 <input type="checkbox"/> Más de la mitad pero no todo 5 <input type="checkbox"/> Todo 6 <input type="checkbox"/>
14	¿Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones:	<div>Códigos de respuesta (CR)</div> <div>Usted hace todo 1 <input type="checkbox"/> Usted hace más que su pareja 2 <input type="checkbox"/> Los dos por igual 3 <input type="checkbox"/> Su pareja hace más que usted 4 <input type="checkbox"/> Su pareja hace todo 5 <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos lo hace 6 <input type="checkbox"/></div> <div>CR</div> <div>a. El cuidado de su salud? <input type="checkbox"/> b. Hacer compras grandes del hogar? <input type="checkbox"/> c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar? <input type="checkbox"/> d. Visitar a familia, amigo(a)s, o parientes? <input type="checkbox"/> e. Qué comida se debe cocinar cada día? <input type="checkbox"/> f. Estudiar? <input type="checkbox"/> g. Tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/></div>	<div>Códigos de respuesta (CR)</div> <div>Usted hace todo 1 <input type="checkbox"/> Usted hace más que su pareja 2 <input type="checkbox"/> Los dos por igual 3 <input type="checkbox"/> Su pareja hace más que usted 4 <input type="checkbox"/> Su pareja hace todo 5 <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos lo hace 6 <input type="checkbox"/></div> <div>CR</div> <div>a. El cuidado de su salud? <input type="checkbox"/> b. Hacer compras grandes del hogar? <input type="checkbox"/> c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar? <input type="checkbox"/> d. Visitar a familia, amigo(a)s, o parientes? <input type="checkbox"/> e. Qué comida se debe cocinar cada día? <input type="checkbox"/> f. Estudiar? <input type="checkbox"/> g. Tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/></div>

11	Usted decide 1 <input type="checkbox"/> Su pareja decide 2 <input type="checkbox"/> Ambos deciden 3 <input type="checkbox"/> Alguien más lo decide 4 <input type="checkbox"/> Conjuntamente con alguien más lo deciden 5 <input type="checkbox"/>	Usted decide 1 <input type="checkbox"/> Su pareja decide 2 <input type="checkbox"/> Ambos deciden 3 <input type="checkbox"/> Alguien más lo decide 4 <input type="checkbox"/> Conjuntamente con alguien más lo deciden 5 <input type="checkbox"/>	Usted decide 1 <input type="checkbox"/> Su pareja decide 2 <input type="checkbox"/> Ambos deciden 3 <input type="checkbox"/> Alguien más lo decide 4 <input type="checkbox"/> Conjuntamente con alguien más lo deciden 5 <input type="checkbox"/>
12	Más de lo que gana su pareja 1 <input type="checkbox"/> Menos de lo que gana su pareja 2 <input type="checkbox"/> Más o menos lo mismo 3 <input type="checkbox"/> Pareja no gana dinero 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Más de lo que gana su pareja 1 <input type="checkbox"/> Menos de lo que gana su pareja 2 <input type="checkbox"/> Más o menos lo mismo 3 <input type="checkbox"/> Pareja no gana dinero 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Más de lo que gana su pareja 1 <input type="checkbox"/> Menos de lo que gana su pareja 2 <input type="checkbox"/> Más o menos lo mismo 3 <input type="checkbox"/> Pareja no gana dinero 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
13	Nada, se ahorra todo 1 <input type="checkbox"/> Casi nada 2 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad 3 <input type="checkbox"/> La mitad 4 <input type="checkbox"/> Más de la mitad pero no todo 5 <input type="checkbox"/> Todo 6 <input type="checkbox"/>	Nada, se ahorra todo 1 <input type="checkbox"/> Casi nada 2 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad 3 <input type="checkbox"/> La mitad 4 <input type="checkbox"/> Más de la mitad pero no todo 5 <input type="checkbox"/> Todo 6 <input type="checkbox"/>	Nada, se ahorra todo 1 <input type="checkbox"/> Casi nada 2 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad 3 <input type="checkbox"/> La mitad 4 <input type="checkbox"/> Más de la mitad pero no todo 5 <input type="checkbox"/> Todo 6 <input type="checkbox"/>
14	<div>Códigos de respuesta (CR)</div> <div>Usted hace todo 1 <input type="checkbox"/> Usted hace más que su pareja 2 <input type="checkbox"/> Los dos por igual 3 <input type="checkbox"/> Su pareja hace más que usted 4 <input type="checkbox"/> Su pareja hace todo 5 <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos lo hace 6 <input type="checkbox"/></div> <div>CR</div> <div>a. El cuidado de su salud? <input type="checkbox"/> b. Hacer compras grandes del hogar? <input type="checkbox"/> c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar? <input type="checkbox"/> d. Visitar a familia, amigo(a)s, o parientes? <input type="checkbox"/> e. Qué comida se debe cocinar cada día? <input type="checkbox"/> f. Estudiar? <input type="checkbox"/> g. Tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/></div>	<div>Códigos de respuesta (CR)</div> <div>Usted hace todo 1 <input type="checkbox"/> Usted hace más que su pareja 2 <input type="checkbox"/> Los dos por igual 3 <input type="checkbox"/> Su pareja hace más que usted 4 <input type="checkbox"/> Su pareja hace todo 5 <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos lo hace 6 <input type="checkbox"/></div> <div>CR</div> <div>a. El cuidado de su salud? <input type="checkbox"/> b. Hacer compras grandes del hogar? <input type="checkbox"/> c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar? <input type="checkbox"/> d. Visitar a familia, amigo(a)s, o parientes? <input type="checkbox"/> e. Qué comida se debe cocinar cada día? <input type="checkbox"/> f. Estudiar? <input type="checkbox"/> g. Tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/></div>	<div>Códigos de respuesta (CR)</div> <div>Usted hace todo 1 <input type="checkbox"/> Usted hace más que su pareja 2 <input type="checkbox"/> Los dos por igual 3 <input type="checkbox"/> Su pareja hace más que usted 4 <input type="checkbox"/> Su pareja hace todo 5 <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos lo hace 6 <input type="checkbox"/></div> <div>CR</div> <div>a. El cuidado de su salud? <input type="checkbox"/> b. Hacer compras grandes del hogar? <input type="checkbox"/> c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar? <input type="checkbox"/> d. Visitar a familia, amigo(a)s, o parientes? <input type="checkbox"/> e. Qué comida se debe cocinar cada día? <input type="checkbox"/> f. Estudiar? <input type="checkbox"/> g. Tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/></div>

15	Usted es dueño(a) ya sea solo(a), con su pareja o con alguien más de:	Códigos de respuesta (CR)		Códigos de respuesta (CR)		Códigos de respuesta (CR)		Códigos de respuesta (CR)	
		<div><div>Solo(a)</div><div>Con pareja</div><div>Con alguien más</div><div>Con pareja y alguien más</div><div>No posee</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div></div> <div>CR</div>	<div><div>Solo(a)</div><div>Con pareja</div><div>Con alguien más</div><div>Con pareja y alguien más</div><div>No posee</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div></div> <div>CR</div>	<div><div>Solo(a)</div><div>Con pareja</div><div>Con alguien más</div><div>Con pareja y alguien más</div><div>No posee</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div></div> <div>CR</div>	<div><div>Solo(a)</div><div>Con pareja</div><div>Con alguien más</div><div>Con pareja y alguien más</div><div>No posee</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div></div> <div>CR</div>	<div><div>Solo(a)</div><div>Con pareja</div><div>Con alguien más</div><div>Con pareja y alguien más</div><div>No posee</div></div> <div><div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div></div> <div>CR</div>			
16	¿Usted ha presenciado alguna vez que a una persona por ser parte de la población LGBTI:	Sí No		Sí No		Sí No		Sí No	
		<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>	<div><div>1</div><div>2</div></div>
15	a. Tierra o lote?	<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
		b. Casa o espacio donde vive?	<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>
c. Otra casa apartamento o lote?	<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		
	d. Joyas?	<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
e. Animales como ganado, gallinas, cerdos etc.?		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
	16	a. No la hayan contratado o haya sido despedida de su trabajo?	<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>
b. Le hayan prohibido la entrada o permanencia en algún comercio o lugar de entretenimiento?			<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>
	c. No la hayan atendido en un servicio de salud?	<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
d. Haya sido discriminada por profesores(as) o compañeros(as) en la escuela, colegio o universidad?		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
	e. Haya sido discriminada por amigos(as)?	<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
f. Haya sido excluida o marginada del ambiente familiar?		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
	g. Haya sido maltratada(o) por policías?	<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
h. Haya sufrido otro tipo de discriminación?		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	

17	Si una persona desconocida recibe agravios o burlas por ser parte de la población LGBTI, ¿usted que haría?	No haría nada por temor 1 <input type="checkbox"/> Sería indiferente 2 <input type="checkbox"/> No haría nada porque está de acuerdo con el agravio 3 <input type="checkbox"/> Defendería a la persona 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> _____ 9 <input type="checkbox"/> No sabe	No haría nada por temor 1 <input type="checkbox"/> Sería indiferente 2 <input type="checkbox"/> No haría nada porque está de acuerdo con el agravio 3 <input type="checkbox"/> Defendería a la persona 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> _____ 9 <input type="checkbox"/> No sabe	17	No haría nada por temor 1 <input type="checkbox"/> Sería indiferente 2 <input type="checkbox"/> No haría nada porque está de acuerdo con el agravio 3 <input type="checkbox"/> Defendería a la persona 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> _____ 9 <input type="checkbox"/> No sabe	No haría nada por temor 1 <input type="checkbox"/> Sería indiferente 2 <input type="checkbox"/> No haría nada porque está de acuerdo con el agravio 3 <input type="checkbox"/> Defendería a la persona 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> _____ 9 <input type="checkbox"/> No sabe	No haría nada por temor 1 <input type="checkbox"/> Sería indiferente 2 <input type="checkbox"/> No haría nada porque está de acuerdo con el agravio 3 <input type="checkbox"/> Defendería a la persona 4 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> _____ 9 <input type="checkbox"/> No sabe
18	¿Usted es heterosexual, homosexual o bisexual?	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Homosexual 2 <input type="checkbox"/> Bisexual 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Homosexual 2 <input type="checkbox"/> Bisexual 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>	18	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Homosexual 2 <input type="checkbox"/> Bisexual 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Homosexual 2 <input type="checkbox"/> Bisexual 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/> Homosexual 2 <input type="checkbox"/> Bisexual 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>
20	¿Está enterado(a) de la ley antidiscriminación y de los siguientes derechos adquiridos por la población LGBTI:	<div><div>Sí No 1 2</div><div>a. La pareja sobreviviente puede heredar bienes y acceder a la pensión de su pareja del mismo sexo fallecida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Las parejas del mismo sexo pueden casarse bajo la figura del matrimonio civil igualitario? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Una persona de la población LGBTI o una pareja del mismo sexo pueden adoptar niños(as) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Una persona de la población LGBTI puede afiliarse a su pareja al sistema de seguridad social? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Las personas de la población LGBTI no pueden ser discriminadas en ningún ámbito sexual, social, educativo, laboral, familiar o privado por su orientación sexual o identidad de género, de acuerdo con la Ley 1482 de 2011? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No 1 2</div><div>a. La pareja sobreviviente puede heredar bienes y acceder a la pensión de su pareja del mismo sexo fallecida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Las parejas del mismo sexo pueden casarse bajo la figura del matrimonio civil igualitario? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Una persona de la población LGBTI o una pareja del mismo sexo pueden adoptar niños(as) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Una persona de la población LGBTI puede afiliarse a su pareja al sistema de seguridad social? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Las personas de la población LGBTI no pueden ser discriminadas en ningún ámbito sexual, social, educativo, laboral, familiar o privado por su orientación sexual o identidad de género, de acuerdo con la Ley 1482 de 2011? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	20	<div><div>Sí No 1 2</div><div>a. La pareja sobreviviente puede heredar bienes y acceder a la pensión de su pareja del mismo sexo fallecida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Las parejas del mismo sexo pueden casarse bajo la figura del matrimonio civil igualitario? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Una persona de la población LGBTI o una pareja del mismo sexo pueden adoptar niños(as) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Una persona de la población LGBTI puede afiliarse a su pareja al sistema de seguridad social? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Las personas de la población LGBTI no pueden ser discriminadas en ningún ámbito sexual, social, educativo, laboral, familiar o privado por su orientación sexual o identidad de género, de acuerdo con la Ley 1482 de 2011? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No 1 2</div><div>a. La pareja sobreviviente puede heredar bienes y acceder a la pensión de su pareja del mismo sexo fallecida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Las parejas del mismo sexo pueden casarse bajo la figura del matrimonio civil igualitario? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Una persona de la población LGBTI o una pareja del mismo sexo pueden adoptar niños(as) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Una persona de la población LGBTI puede afiliarse a su pareja al sistema de seguridad social? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Las personas de la población LGBTI no pueden ser discriminadas en ningún ámbito sexual, social, educativo, laboral, familiar o privado por su orientación sexual o identidad de género, de acuerdo con la Ley 1482 de 2011? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No 1 2</div><div>a. La pareja sobreviviente puede heredar bienes y acceder a la pensión de su pareja del mismo sexo fallecida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. Las parejas del mismo sexo pueden casarse bajo la figura del matrimonio civil igualitario? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. Una persona de la población LGBTI o una pareja del mismo sexo pueden adoptar niños(as) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. Una persona de la población LGBTI puede afiliarse a su pareja al sistema de seguridad social? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>e. Las personas de la población LGBTI no pueden ser discriminadas en ningún ámbito sexual, social, educativo, laboral, familiar o privado por su orientación sexual o identidad de género, de acuerdo con la Ley 1482 de 2011? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>

21	Voy a leerle algunas frases, por favor dígame Si está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo con cada una de las frases:	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Una persona de la población LGBTI puede ser buen padre o madre</div> <div>b. Es molesto ver a un hombre con actitudes femeninas o a una mujer con actitudes masculinas</div> <div>c. Es molesto ver dos hombres o dos mujeres que se besen en público</div> <div>d. Una persona de la población LGBTI puede cuidar o trabajar con niño(a)s</div> <div>e. Es mejor no tener vecinos(as) de la población LGBTI</div> <div>MUJER</div> <div>* Si D1=2 o 2a (Mujer) y (J1)15=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2 * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=5 (Soltera), pase a V1</div> <div>HOMBRE</div> <div>* Si D1=1 o 1a (Hombre) y P1=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a W2 * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=5 (Soltero), pase a W1</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Una persona de la población LGBTI puede ser buen padre o madre</div> <div>b. Es molesto ver a un hombre con actitudes femeninas o a una mujer con actitudes masculinas</div> <div>c. Es molesto ver dos hombres o dos mujeres que se besen en público</div> <div>d. Una persona de la población LGBTI puede cuidar o trabajar con niño(a)s</div> <div>e. Es mejor no tener vecinos(as) de la población LGBTI</div> <div>MUJER</div> <div>* Si D1=2 o 2a (Mujer) y (J1)15=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2 * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=5 (Soltera), pase a V1</div> <div>HOMBRE</div> <div>* Si D1=1 o 1a (Hombre) y P1=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a W2 * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=5 (Soltero), pase a W1</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Una persona de la población LGBTI puede ser buen padre o madre</div> <div>b. Es molesto ver a un hombre con actitudes femeninas o a una mujer con actitudes masculinas</div> <div>c. Es molesto ver dos hombres o dos mujeres que se besen en público</div> <div>d. Una persona de la población LGBTI puede cuidar o trabajar con niño(a)s</div> <div>e. Es mejor no tener vecinos(as) de la población LGBTI</div> <div>MUJER</div> <div>* Si D1=2 o 2a (Mujer) y (J1)15=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2 * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=5 (Soltera), pase a V1</div> <div>HOMBRE</div> <div>* Si D1=1 o 1a (Hombre) y P1=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a W2 * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=5 (Soltero), pase a W1</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Una persona de la población LGBTI puede ser buen padre o madre</div> <div>b. Es molesto ver a un hombre con actitudes femeninas o a una mujer con actitudes masculinas</div> <div>c. Es molesto ver dos hombres o dos mujeres que se besen en público</div> <div>d. Una persona de la población LGBTI puede cuidar o trabajar con niño(a)s</div> <div>e. Es mejor no tener vecinos(as) de la población LGBTI</div> <div>MUJER</div> <div>* Si D1=2 o 2a (Mujer) y (J1)15=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2 * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=5 (Soltera), pase a V1</div> <div>HOMBRE</div> <div>* Si D1=1 o 1a (Hombre) y P1=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a W2 * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=5 (Soltero), pase a W1</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>123</div> <div>a. Una persona de la población LGBTI puede ser buen padre o madre</div> <div>b. Es molesto ver a un hombre con actitudes femeninas o a una mujer con actitudes masculinas</div> <div>c. Es molesto ver dos hombres o dos mujeres que se besen en público</div> <div>d. Una persona de la población LGBTI puede cuidar o trabajar con niño(a)s</div> <div>e. Es mejor no tener vecinos(as) de la población LGBTI</div> <div>MUJER</div> <div>* Si D1=2 o 2a (Mujer) y (J1)15=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2 * Si D1=2 o 2a (Mujer), (J1)15=2 (NO tiene hijos) y H1=5 (Soltera), pase a V1</div> <div>HOMBRE</div> <div>* Si D1=1 o 1a (Hombre) y P1=1 (TIENE hijos), continúe. * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a W2 * Si D1=1 o 1a (Hombre), P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) y H1=5 (Soltero), pase a W1</div>
----	--	--	--	--	--	--



23	¿Qué haría principalmente Si supiera que un hijo(a) suyo(a) es de la población LGBTI?	Lo(a) echaría de la casa	1	<input type="checkbox"/>	Lo(a) echaría de la casa	1	<input type="checkbox"/>
		Le quitaría el apoyo económico	2	<input type="checkbox"/>	Le quitaría el apoyo económico	2	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) enviaría al psicólogo	3	<input type="checkbox"/>	Lo(a) enviaría al psicólogo	3	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) enviaría al médico	4	<input type="checkbox"/>	Lo(a) enviaría al médico	4	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) apoyaría	5	<input type="checkbox"/>	Lo(a) apoyaría	5	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) aconsejaría u orientaría	6	<input type="checkbox"/>	Lo(a) aconsejaría u orientaría	6	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) aceptaría	7	<input type="checkbox"/>	Lo(a) aceptaría	7	<input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>
		<hr/>			<hr/>		
		No sabría qué hacer	9	<input type="checkbox"/>	No sabría qué hacer	9	<input type="checkbox"/>
		MUJER			MUJER		
		Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 (Soltera), pase a V1.			Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 (Soltera), pase a V1.		
		Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2.			Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2.		
		HOMBRE			HOMBRE		
		Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1 (Soltero), pase a W1.			Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1 (Soltero), pase a W1.		
		Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a V2.			Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a V2.		

23		Lo(a) echaría de la casa	1	<input type="checkbox"/>	Lo(a) echaría de la casa	1	<input type="checkbox"/>
		Le quitaría el apoyo económico	2	<input type="checkbox"/>	Le quitaría el apoyo económico	2	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) enviaría al psicólogo	3	<input type="checkbox"/>	Lo(a) enviaría al psicólogo	3	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) enviaría al médico	4	<input type="checkbox"/>	Lo(a) enviaría al médico	4	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) apoyaría	5	<input type="checkbox"/>	Lo(a) apoyaría	5	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) aconsejaría u orientaría	6	<input type="checkbox"/>	Lo(a) aconsejaría u orientaría	6	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) aceptaría	7	<input type="checkbox"/>	Lo(a) aceptaría	7	<input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>
		<hr/>			<hr/>		
		No sabría qué hacer	9	<input type="checkbox"/>	No sabría qué hacer	9	<input type="checkbox"/>
		MUJER			MUJER		
		Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 (Soltera), pase a V1.			Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 (Soltera), pase a V1.		
		Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2.			Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2.		
		HOMBRE			HOMBRE		
		Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1 (Soltero), pase a W1.			Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1 (Soltero), pase a W1.		
		Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a V2.			Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a V2.		

		Lo(a) echaría de la casa	1	<input type="checkbox"/>	Lo(a) echaría de la casa	1	<input type="checkbox"/>
		Le quitaría el apoyo económico	2	<input type="checkbox"/>	Le quitaría el apoyo económico	2	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) enviaría al psicólogo	3	<input type="checkbox"/>	Lo(a) enviaría al psicólogo	3	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) enviaría al médico	4	<input type="checkbox"/>	Lo(a) enviaría al médico	4	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) apoyaría	5	<input type="checkbox"/>	Lo(a) apoyaría	5	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) aconsejaría u orientaría	6	<input type="checkbox"/>	Lo(a) aconsejaría u orientaría	6	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) aceptaría	7	<input type="checkbox"/>	Lo(a) aceptaría	7	<input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>
		<hr/>			<hr/>		
		No sabría qué hacer	9	<input type="checkbox"/>	No sabría qué hacer	9	<input type="checkbox"/>
		MUJER			MUJER		
		Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 (Soltera), pase a V1.			Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 (Soltera), pase a V1.		
		Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2.			Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2.		
		HOMBRE			HOMBRE		
		Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1 (Soltero), pase a W1.			Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1 (Soltero), pase a W1.		
		Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a V2.			Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a V2.		

		Lo(a) echaría de la casa	1	<input type="checkbox"/>	Lo(a) echaría de la casa	1	<input type="checkbox"/>
		Le quitaría el apoyo económico	2	<input type="checkbox"/>	Le quitaría el apoyo económico	2	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) enviaría al psicólogo	3	<input type="checkbox"/>	Lo(a) enviaría al psicólogo	3	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) enviaría al médico	4	<input type="checkbox"/>	Lo(a) enviaría al médico	4	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) apoyaría	5	<input type="checkbox"/>	Lo(a) apoyaría	5	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) aconsejaría u orientaría	6	<input type="checkbox"/>	Lo(a) aconsejaría u orientaría	6	<input type="checkbox"/>
		Lo(a) aceptaría	7	<input type="checkbox"/>	Lo(a) aceptaría	7	<input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>
		<hr/>			<hr/>		
		No sabría qué hacer	9	<input type="checkbox"/>	No sabría qué hacer	9	<input type="checkbox"/>
		MUJER			MUJER		
		Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 (Soltera), pase a V1.			Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1 (Soltera), pase a V1.		
		Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2.			Si D1=2 o 2a (Mujer) y H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda), pase a V2.		
		HOMBRE			HOMBRE		
		Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1 (Soltero), pase a W1.			Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1 (Soltero), pase a W1.		
		Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a V2.			Si D1=1 o 1a (Hombre) y H1=1, 2, 3, 4 (es casado, unido, separado, divorciado o viudo), pase a V2.		

CAPÍTULO V. VIOLENCIAS POR RAZONES DE GÉNERO - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
ANTES DE CONTINUAR, VERIFIQUE TOTAL PRIVACIDAD CON LA ENCUESTADA			
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ciertos aspectos de las relaciones interpersonales. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender algunos aspectos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie			
1	¿Tiene actualmente o ha tenido novio(a) o pareja?	<div>Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No ha tenido novio o pareja 9 <input type="checkbox"/></div> <div>* Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), pase a 31</div> <div>* Si (J1)1=2 (NO está embarazada) o (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 44</div>	<div>Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No ha tenido novio o pareja 9 <input type="checkbox"/></div> <div>* Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), pase a 31</div> <div>* Si (J1)1=2 (NO está embarazada) o (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 44</div>
LAS PREGUNTAS 2 A 30 DE ESTE CAPÍTULO SON PARA MUJERES QUE TIENEN O HAN TENIDO ALGUNA RELACIÓN SENTIMENTAL O UNIÓN.			
Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA PSICOLÓGICA)			
a.	¿Se puso celoso(a) o bravo(a) Si Hablaba con otra persona?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div>
		<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div>

CAPÍTULO V. VIOLENCIAS POR RAZONES DE GÉNERO - MUJERES (para mujeres de 13 a 49 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
ANTES DE CONTINUAR, VERIFIQUE TOTAL PRIVACIDAD CON LA ENCUESTADA				
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ciertos aspectos de las relaciones interpersonales. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender algunos aspectos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie				
1	¿Tiene actualmente o ha tenido novio(a) o pareja?	<div>Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No ha tenido novio o pareja 9 <input type="checkbox"/></div> <div>* Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), pase a 31</div> <div>* Si (J1)1=2 (NO está embarazada) o (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 44</div>	<div>Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No ha tenido novio o pareja 9 <input type="checkbox"/></div> <div>* Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), pase a 31</div> <div>* Si (J1)1=2 (NO está embarazada) o (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 44</div>	<div>Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No ha tenido novio o pareja 9 <input type="checkbox"/></div> <div>* Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), pase a 31</div> <div>* Si (J1)1=2 (NO está embarazada) o (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 44</div>
LAS PREGUNTAS 2 A 30 DE ESTE CAPÍTULO SON PARA MUJERES QUE TIENEN O HAN TENIDO ALGUNA RELACIÓN SENTIMENTAL O UNIÓN.				
Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA PSICOLÓGICA)				
	¿Se puso celoso(a) o bravo(a) Si Hablaba con otra persona?	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div>
		<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? 1 <input type="checkbox"/></div>

a.	¿Se puso celoso(a) o bravo(a) si hablaba con otra persona?	<div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>
b.	¿La acusó de serle infiel?	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>
c.	¿Le impidió encontrarse con sus amiga(o)s?	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>
d.	¿Trató de limitar el contacto con su familia?	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>

<div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>
<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>
<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>
<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div> <div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div> <div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div> <div>Público 1 <input type="checkbox"/></div> <div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div> <div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/></div> <div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiendo literal</div>

2	e.	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>
	f.	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>
	g.	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>

2		<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>
		<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>
		<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?</div></div><div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</div><div><div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div></div></div></div></div>

h.	¿Le dijo cosas como: "Usted no sirve para nada", "Usted nunca hace nada bien", "Usted es una bruta" o "Mi mamá me hacía mejor las cosas"?	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?<div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?<div>Público<div>1</div></div><div>Privado<div>2</div></div><div>Ambas<div>3</div></div></div><div><div>Siguiente literal</div></div></div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?<div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?<div>Público<div>1</div></div><div>Privado<div>2</div></div><div>Ambas<div>3</div></div></div><div><div>Siguiente literal</div></div></div>	
	i.	¿La amenazó con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?<div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?<div>Público<div>1</div></div><div>Privado<div>2</div></div><div>Ambas<div>3</div></div></div><div><div>Siguiente literal</div></div></div>	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?<div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?<div>Público<div>1</div></div><div>Privado<div>2</div></div><div>Ambas<div>3</div></div></div><div><div>Siguiente literal</div></div></div>
		j.	¿La amenazó con abandonarla o irse con otra persona?	<div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses?<div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?<div>Público<div>1</div></div><div>Privado<div>2</div></div><div>Ambas<div>3</div></div></div><div><div>Siguiente literal</div></div></div>

	¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div>	¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div>	¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div>
	¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div>Público<div>1</div></div> <div>Privado<div>2</div></div> <div>Ambas<div>3</div></div>	¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div>Público<div>1</div></div> <div>Privado<div>2</div></div> <div>Ambas<div>3</div></div>	¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div>Público<div>1</div></div> <div>Privado<div>2</div></div> <div>Ambas<div>3</div></div>
	<div>Siguiente literal</div>	<div>Siguiente literal</div>	<div>Siguiente literal</div>

	¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div>	¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div>	¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <div>Sí<div>1</div><div>No<div>2</div></div></div>
	¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div>Público<div>1</div></div> <div>Privado<div>2</div></div> <div>Ambas<div>3</div></div>	¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div>Público<div>1</div></div> <div>Privado<div>2</div></div> <div>Ambas<div>3</div></div>	¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div>Público<div>1</div></div> <div>Privado<div>2</div></div> <div>Ambas<div>3</div></div>
	<div>Siguiente literal</div>	<div>Siguiente literal</div>	<div>Siguiente literal</div>

k.	¿La amenazó con quitarle los hijos?	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>	l.	¿La ha amenazado con atacarla con algún agente químico?	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>
	Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA FÍSICA)		Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA FÍSICA)					
a.	¿La empujó zarandeó?	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>		¿La empujó zarandeó?	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas?</p> <p>Público 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Privado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Siguiente literal</p>
	Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA FÍSICA)		Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA FÍSICA)					

3	b. ¿La golpeó con la mano?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>
	c. ¿La golpeó con un objeto?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>
	d. ¿La pateó o arrastró?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>

3	b. ¿La golpeó con la mano?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>
	c. ¿La golpeó con un objeto?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>
	d. ¿La pateó o arrastró?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? <div><div>Público 1 <input type="checkbox"/></div><div>Privado 2 <input type="checkbox"/></div><div>Ambas 3 <input type="checkbox"/></div></div></div><div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal <input type="checkbox"/></div></div></div>

e.	¿La atacó con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/>  ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/>  ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal
f.	¿Trató de estrangularla o de quemarla?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/>  ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/>  ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal
g.	¿La atacó con un agente químico?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/>  ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/>  ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/>  No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal



4	Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA ECONÓMICA)			
	a. ¿Vigiló la forma como usted gastaba el dinero?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	
	b. ¿Amenazó con quitarle el apoyo económico?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	
c. ¿Le prohibió trabajar o estudiar?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>		

4	Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA ECONÓMICA)			
	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	
	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	
<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>		

	d.	¿Se gastó el dinero que se necesitaba para la casa o sustento de los miembros de la familia?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>
	e.	¿Se adueñó o le quitó dinero o bienes como terrenos, propiedades, etc.?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>
	Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA SEXUAL)			
	a.	¿Le solicitó imágenes o videos íntimos, la amenazó con compartirlo o lo compartió por redes sociales?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>

		¿Se gastó el dinero que se necesitaba para la casa o sustento de los miembros de la familia?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>
		¿Se adueñó o le quitó dinero o bienes como terrenos, propiedades, etc.?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>
	Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA SEXUAL)			
		¿Le solicitó imágenes o videos íntimos, la amenazó con compartirlo o lo compartió por redes sociales?	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/></div><div>Siguiente literal</div></div>

[illegible]

6	¿Cuando sucedió esto, usó anticoncepción de emergencia? (si ha pasado más de una vez, solicítele que se refiera a la última)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
7	¿Como resultado de este suceso quedó embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca embarazada 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca embarazada 9 <input type="checkbox"/>
8	¿Estos hechos fueron después de mayo del año 2006?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
9	¿Por este hecho solicitó la interrupción que me mencionó anteriormente? (Si la persona duda, recuérdale que la persona le dijo que "Sí" a la pregunta 11 de capítulo L ¿Solicitó alguna vez un aborto inducido o Interrupción voluntaria del embarazo IVE en alguna institución de salud después del 2006?)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
10	¿En algún momento le hablaron sobre el derecho que tiene una mujer de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo, en caso de que haya sido objeto de una violación?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
11	¿Solicitó la interrupción voluntaria del embarazo por esta razón?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
12	¿Se le realizó la interrupción voluntaria que solicitó?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		Sí No NS 1 2 9 a. ¿Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. ¿Tuvo alguna herida o un hueso quebrado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. ¿Tuvo un aborto o pérdida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS 1 2 9 a. ¿Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. ¿Tuvo alguna herida o un hueso quebrado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. ¿Tuvo un aborto o pérdida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
7	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca embarazada 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca embarazada 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca embarazada 9 <input type="checkbox"/>
8	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
9	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
10	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	Sí No NS 1 2 9 a. ¿Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. ¿Tuvo alguna herida o un hueso quebrado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. ¿Tuvo un aborto o pérdida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS 1 2 9 a. ¿Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. ¿Tuvo alguna herida o un hueso quebrado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. ¿Tuvo un aborto o pérdida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS 1 2 9 a. ¿Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. ¿Tuvo alguna herida o un hueso quebrado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. ¿Tuvo un aborto o pérdida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13	Por favor dígame Si las siguientes cosas le sucedieron como resultado de su última agresión:	e. ¿Se enfermó físicamente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. ¿Se enfermó físicamente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. ¿Se enfermó físicamente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. ¿Se enfermó físicamente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		f. ¿Tuvo una hospitalización por varios días?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. ¿Tuvo una hospitalización por varios días?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. ¿Tuvo una hospitalización por varios días?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. ¿Tuvo una hospitalización por varios días?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		g. ¿Tuvo idea de suicidarse?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. ¿Tuvo idea de suicidarse?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. ¿Tuvo idea de suicidarse?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. ¿Tuvo idea de suicidarse?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		h. ¿Sintió que no valía nada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. ¿Sintió que no valía nada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. ¿Sintió que no valía nada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. ¿Sintió que no valía nada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		i. ¿Se afectó su relación con sus hijos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. ¿Se afectó su relación con sus hijos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. ¿Se afectó su relación con sus hijos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. ¿Se afectó su relación con sus hijos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		j. ¿No volvió a hablar con nadie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. ¿No volvió a hablar con nadie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. ¿No volvió a hablar con nadie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. ¿No volvió a hablar con nadie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		k. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	k. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	k. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	k. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		l. ¿Se enfermó de la cabeza?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	l. ¿Se enfermó de la cabeza?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	l. ¿Se enfermó de la cabeza?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	l. ¿Se enfermó de la cabeza?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		m. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		n. ¿Tuvo que dejar de trabajar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	n. ¿Tuvo que dejar de trabajar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	n. ¿Tuvo que dejar de trabajar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	n. ¿Tuvo que dejar de trabajar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		o. ¿Tuvo que dejar de estudiar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	o. ¿Tuvo que dejar de estudiar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	o. ¿Tuvo que dejar de estudiar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	o. ¿Tuvo que dejar de estudiar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		p. ¿Abuso de consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	p. ¿Abuso de consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	p. ¿Abuso de consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	p. ¿Abuso de consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		q. ¿Tuvo trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	q. ¿Tuvo trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	q. ¿Tuvo trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	q. ¿Tuvo trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	¿Después de cuánto tiempo de iniciada la relación, sucedieron estas cosas por primera vez?	Años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Después de la separación o ruptura	2 <input type="checkbox"/>	Después de la separación o ruptura	2 <input type="checkbox"/>	Después de la separación o ruptura	2 <input type="checkbox"/>	Después de la separación o ruptura	2 <input type="checkbox"/>
		No recuerda	9 <input type="checkbox"/>	No recuerda	9 <input type="checkbox"/>	No recuerda	9 <input type="checkbox"/>	No recuerda	9 <input type="checkbox"/>
		* Si H1=3 o 4 (es separada, divorciada o viuda), o V1=2 (tuvo novio o pareja pero actualmente no), pase a 19		* Si H1=3 o 4 (es separada, divorciada o viuda), o V1=2 (tuvo novio o pareja pero actualmente no), pase a 19		* Si H1=3 o 4 (es separada, divorciada o viuda), o V1=2 (tuvo novio o pareja pero actualmente no), pase a 19		* Si H1=3 o 4 (es separada, divorciada o viuda), o V1=2 (tuvo novio o pareja pero actualmente no), pase a 19	
		* Si H1=1 o 2 (es casada o unida o V1=1 (tiene actualmente novio o pareja), continúe		* Si H1=1 o 2 (es casada o unida o V1=1 (tiene actualmente novio o pareja), continúe		* Si H1=1 o 2 (es casada o unida o V1=1 (tiene actualmente novio o pareja), continúe		* Si H1=1 o 2 (es casada o unida o V1=1 (tiene actualmente novio o pareja), continúe	

LAS PREGUNTAS 15 A 18 SON PARA MUJERES QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA Y ACTUALMENTE TIENEN ALGUNA RELACIÓN SENTIMENTAL O UNIÓN.			
15	¿En los últimos 12 meses ha pensado en separarse como consecuencia de la violencia ejercida por su pareja?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
16	¿Cuándo ha sido agredida por su pareja, se ha defendido golpeándolo(a) o agrediéndolo(a) físicamente?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
17	¿Cuándo fue la última vez que pasó?	Un años o más 1 <input type="checkbox"/>	Un años o más 1 <input type="checkbox"/>
		Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>	Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>
18	En momentos en que su pareja no la ha estado agrediendo, ¿usted:	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. Lo(a) ha golpeado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. Lo(a) ha insultado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. Lo(a) ha controlado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. Lo(a) ha celado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 22</div>	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. Lo(a) ha golpeado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. Lo(a) ha insultado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. Lo(a) ha controlado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. Lo(a) ha celado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 22</div>
		LAS PREGUNTAS 19 A 21 SON PARA MUJERES QUE HAN SUFRIDO ALGUNA VIOLENCIA, EN LA ACTUALIDAD NO TIENEN UNA RELACIÓN SENTIMENTAL O UNIÓN, PERO ESTUVIERON UNIDAS O EN ALGUNA RELACIÓN SENTIMENTAL	
19	¿Alguna vez se defendió golpeándolo o agrediéndolo físicamente?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
20	¿Cuándo fue la última vez que se defendió?	Un años o más 1 <input type="checkbox"/>	Un años o más 1 <input type="checkbox"/>
		Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>	Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>
21	En momentos en que su última expareja no la estaba agrediendo, ¿usted:	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. Lo(a) golpeaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. Lo(a) insultaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. Lo(a) controlaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. Lo(a) celaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. Lo(a) golpeaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. Lo(a) insultaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. Lo(a) controlaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. Lo(a) celaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>
		22	¿Esta persona bebe (bebía) alcohol o consume (consumía) drogas?
No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
23	¿Qué tan a menudo se emborracha (emborrachaba) o se droga (drogaba) esta persona?	No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
		Diariamente 1 <input type="checkbox"/>	Diariamente 1 <input type="checkbox"/>
		Algunos días de la semana 2 <input type="checkbox"/>	Algunos días de la semana 2 <input type="checkbox"/>
		Solo en eventos sociales u ocasionalmente 3 <input type="checkbox"/>	Solo en eventos sociales u ocasionalmente 3 <input type="checkbox"/>

LAS PREGUNTAS 15 A 18 SON PARA MUJERES QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA Y ACTUALMENTE TIENEN ALGUNA RELACIÓN SENTIMENTAL O UNIÓN.			
15		Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
16		Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
17		Un años o más 1 <input type="checkbox"/>	Un años o más 1 <input type="checkbox"/>
		Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>	Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>
18		<div>Sí No 1 2</div> <div>a. Lo(a) ha golpeado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. Lo(a) ha insultado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. Lo(a) ha controlado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. Lo(a) ha celado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 22</div>	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. Lo(a) ha golpeado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. Lo(a) ha insultado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. Lo(a) ha controlado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. Lo(a) ha celado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 22</div>
		LAS PREGUNTAS 19 A 21 SON PARA MUJERES QUE HAN SUFRIDO ALGUNA VIOLENCIA, EN LA ACTUALIDAD NO TIENEN UNA RELACIÓN SENTIMENTAL O UNIÓN, PERO ESTUVIERON UNIDAS O EN ALGUNA RELACIÓN SENTIMENTAL	
19		Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
20		Un años o más 1 <input type="checkbox"/>	Un años o más 1 <input type="checkbox"/>
		Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>	Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>
21		<div>Sí No 1 2</div> <div>a. Lo(a) golpeaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. Lo(a) insultaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. Lo(a) controlaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. Lo(a) celaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. Lo(a) golpeaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. Lo(a) insultaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. Lo(a) controlaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. Lo(a) celaba? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>
		22	
No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
23		No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
		Diariamente 1 <input type="checkbox"/>	Diariamente 1 <input type="checkbox"/>
		Algunos días de la semana 2 <input type="checkbox"/>	Algunos días de la semana 2 <input type="checkbox"/>
		Solo en eventos sociales u ocasionalmente 3 <input type="checkbox"/>	Solo en eventos sociales u ocasionalmente 3 <input type="checkbox"/>

24	¿Su padre golpeaba a su madre?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
25	¿Qué prácticas de disciplina utilizan (utilizaban) usualmente su padre y su madre (padrastra y madrastra)?	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/> b. Empujones 2 <input type="checkbox"/> c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/> d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/> e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/> f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/> g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/> h. Dejándola encerrada 8 <input type="checkbox"/> i. Ignorándola 9 <input type="checkbox"/> j. Poniéndole trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/> k. Dejándola por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/> l. Echándole agua 12 <input type="checkbox"/> m. Escondiéndole la ropa 13 <input type="checkbox"/> n. Quitándole las pertenencias 14 <input type="checkbox"/> o. Quitándole el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/> p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/> b. Empujones 2 <input type="checkbox"/> c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/> d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/> e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/> f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/> g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/> h. Dejándola encerrada 8 <input type="checkbox"/> i. Ignorándola 9 <input type="checkbox"/> j. Poniéndole trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/> k. Dejándola por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/> l. Echándole agua 12 <input type="checkbox"/> m. Escondiéndole la ropa 13 <input type="checkbox"/> n. Quitándole las pertenencias 14 <input type="checkbox"/> o. Quitándole el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/> p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>
26	¿Su actual o última pareja fue maltratado(a) en su infancia por parte de sus padres o padrastrós?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
27	¿Sabe Si el padre golpeaba a la madre de su actual o última pareja?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
28	¿Tiene o tuvo hijos(as) no biológicos(as) o también llamados hijastros(as) o hijos(as) adoptivos(as)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)15= 1 (TIENE hijos), continúe. * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos) y (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA ESTADO embarazada), pase a 31 * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos), (J1)1=2 (NO está embarazada) y (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 34	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)15= 1 (TIENE hijos), continúe. * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos) y (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA ESTADO embarazada), pase a 31 * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos), (J1)1=2 (NO está embarazada) y (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 34

24	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
25	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/> b. Empujones 2 <input type="checkbox"/> c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/> d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/> e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/> f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/> g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/> h. Dejándola encerrada 8 <input type="checkbox"/> i. Ignorándola 9 <input type="checkbox"/> j. Poniéndole trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/> k. Dejándola por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/> l. Echándole agua 12 <input type="checkbox"/> m. Escondiéndole la ropa 13 <input type="checkbox"/> n. Quitándole las pertenencias 14 <input type="checkbox"/> o. Quitándole el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/> p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/> b. Empujones 2 <input type="checkbox"/> c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/> d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/> e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/> f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/> g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/> h. Dejándola encerrada 8 <input type="checkbox"/> i. Ignorándola 9 <input type="checkbox"/> j. Poniéndole trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/> k. Dejándola por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/> l. Echándole agua 12 <input type="checkbox"/> m. Escondiéndole la ropa 13 <input type="checkbox"/> n. Quitándole las pertenencias 14 <input type="checkbox"/> o. Quitándole el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/> p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/> b. Empujones 2 <input type="checkbox"/> c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/> d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/> e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/> f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/> g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/> h. Dejándola encerrada 8 <input type="checkbox"/> i. Ignorándola 9 <input type="checkbox"/> j. Poniéndole trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/> k. Dejándola por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/> l. Echándole agua 12 <input type="checkbox"/> m. Escondiéndole la ropa 13 <input type="checkbox"/> n. Quitándole las pertenencias 14 <input type="checkbox"/> o. Quitándole el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/> p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>
26	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
27	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
28	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)15= 1 (TIENE hijos), continúe. * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos) y (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA ESTADO embarazada), pase a 31 * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos), (J1)1=2 (NO está embarazada) y (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 34	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)15= 1 (TIENE hijos), continúe. * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos) y (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA ESTADO embarazada), pase a 31 * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos), (J1)1=2 (NO está embarazada) y (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 34	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> *Si (J1)15= 1 (TIENE hijos), continúe. * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos) y (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA ESTADO embarazada), pase a 31 * Si (J1)15= 2 (NO tiene hijos), (J1)1=2 (NO está embarazada) y (J1)13=2 (NO ha estado embarazada), pase a 34

29	¿Qué prácticas de disciplina utiliza (utilizaba) usualmente con sus hijos(as), hijastros(as) o hijos(as) adoptivos(as)?	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>
		b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>	b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>	b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>	b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>
		c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>
		d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>
		e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>
		f. Privándola de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándola de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándola de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándola de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>
		g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>
		h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>
		i. ¿La ha amenazado con a	9	<input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as)	9	<input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as)	9	<input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as)	9	<input type="checkbox"/>
		j. Poniéndole trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>
		k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>
		l. Echándole(s) agua	12	<input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua	12	<input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua	12	<input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua	12	<input type="checkbox"/>
		m. Escondiéndole(s) la ropa	13	<input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa	13	<input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa	13	<input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa	13	<input type="checkbox"/>
		n. Quitándole(s) las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>
		o. Quitándole(s) el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>
		p. Otro, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>
		30	¿Qué prácticas de disciplina utiliza (utilizaba) usualmente su pareja con ¿Sus hijos(as), hijastros(as) o hijos(as) adoptivos(as)?	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>	a. Palmadas
b. Empujones	2			<input type="checkbox"/>	b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>	b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>	b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>
c. Reprimenda verbal	3			<input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>
d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4			<input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>
e. Con gritos	5			<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>
f. Privándola de la alimentación	6			<input type="checkbox"/>	f. Privándola de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándola de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándola de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>
g. Golpes con objetos	7			<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>
h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8			<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>
i. Ignorándolos(as)	9			<input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as)	9	<input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as)	9	<input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as)	9	<input type="checkbox"/>
j. Poniéndoles trabajo no adecuado	10			<input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>
k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa	11			<input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>
l. Echándole(s) agua	12			<input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua	12	<input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua	12	<input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua	12	<input type="checkbox"/>
m. Escondiéndole(s) la ropa	13			<input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa	13	<input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa	13	<input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa	13	<input type="checkbox"/>
n. Quitándole(s) las pertenencias	14			<input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>
o. Quitándole(s) el apoyo económico	15			<input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>
p. Otro, ¿cuál?	16			<input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>



		<p>*Si (J1)1=2 (NO está embarazada), (J1)13=2 (NO ha estado embarazada) y H1=1,2,3,4 (ESTÁ casa, unida, separada, divorciada, viuda) o V1=1,2, pase a 34</p> <p>*Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), continúe</p>	<p>*Si (J1)1=2 (NO está embarazada), (J1)13=2 (NO ha estado embarazada) y H1=1,2,3,4 (ESTÁ casa, unida, separada, divorciada, viuda) o V1=1,2, pase a 34</p> <p>*Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), continúe</p>																																																
LAS PREGUNTAS 31 A 33 DE ESTE CAPÍTULO SON PARA MUJERES QUE ESTÁN EMBARAZADAS O HAN TENIDO HIJOS(AS).																																																			
31	¿Estando en cualquiera de sus embarazos:	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. la han amenazado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. la han abandonado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. la han obligado a abortar?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Si todas las opciones de respuesta son No:</p> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), pase a 34; de lo contrario,</p>		Sí	No		1	2	a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. la han amenazado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. la han abandonado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. la han obligado a abortar?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Si todas las opciones de respuesta son No:</p> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), pase a 34; de lo contrario,</p>		Sí	No		1	2	a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Sí	No																																																	
	1	2																																																	
a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
	Sí	No																																																	
	1	2																																																	
a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
32	¿Quién?	<table><tr><td>a. Madre o padre</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Madrastra o padrastro</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Pareja</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Expareja</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Hijo(a), hijastro(a)</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Otra persona pariente de su pareja</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Otra persona pariente suya</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Otro, ¿cuál?</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>	g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>	h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>a. Madre o padre</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Madrastra o padrastro</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Pareja</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Expareja</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Hijo(a), hijastro(a)</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Otra persona pariente de su pareja</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Otra persona pariente suya</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Otro, ¿cuál?</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>	g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>	h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>
a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>																																																	
b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>																																																	
c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>																																																	
d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>																																																	
e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>																																																	
f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>																																																	
g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>																																																	
h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>																																																	
a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>																																																	
b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>																																																	
c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>																																																	
d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>																																																	
e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>																																																	
f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>																																																	
g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>																																																	
h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>																																																	
33	¿Como consecuencia de esa violencia ha perdido algún embarazo?	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), continúe; de lo contrario, pase</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), continúe; de lo contrario, pase</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>																																				
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																	
No	2	<input type="checkbox"/>																																																	
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																	
No	2	<input type="checkbox"/>																																																	
Las preguntas 34 a 43 de este capítulo son para mujeres que tienen o han tenido alguna relación sentimental o unión.																																																			
34	¿Usted puede decir NO a su esposo(a) o pareja cuando no quiere tener relaciones sexuales?	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>																														
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																	
No	2	<input type="checkbox"/>																																																	
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																	
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																	
No	2	<input type="checkbox"/>																																																	
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																	
34A	¿Alguna persona diferente a su actual o última pareja, le ha impedido encontrarse con sus amigos(as)?	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 36</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 36</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>																														
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																	
No	2	<input type="checkbox"/>																																																	
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																	
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																	
No	2	<input type="checkbox"/>																																																	
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																	

		<p>*Si (J1)1=2 (NO está embarazada), (J1)13=2 (NO ha estado embarazada) y H1=1,2,3,4 (ESTÁ casa, unida, separada, divorciada, viuda) o V1=1,2, pase a 34</p> <p>*Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), continúe</p>	<p>*Si (J1)1=2 (NO está embarazada), (J1)13=2 (NO ha estado embarazada) y H1=1,2,3,4 (ESTÁ casa, unida, separada, divorciada, viuda) o V1=1,2, pase a 34</p> <p>*Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), continúe</p>	<p>*Si (J1)1=2 (NO está embarazada), (J1)13=2 (NO ha estado embarazada) y H1=1,2,3,4 (ESTÁ casa, unida, separada, divorciada, viuda) o V1=1,2, pase a 34</p> <p>*Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), continúe</p>																																																																								
LAS PREGUNTAS 31 A 33 DE ESTE CAPÍTULO SON PARA MUJERES QUE ESTÁN EMBARAZADAS O HAN TENIDO HIJOS(AS).																																																																												
31		<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. la han amenazado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. la han abandonado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. la han obligado a abortar?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Si todas las opciones de respuesta son No:</p> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), pase a 34; de lo contrario,</p>		Sí	No		1	2	a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. la han amenazado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. la han abandonado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. la han obligado a abortar?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Si todas las opciones de respuesta son No:</p> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), pase a 34; de lo contrario,</p>		Sí	No		1	2	a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. la han amenazado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. la han abandonado, por quedar embarazada?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. la han obligado a abortar?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Si todas las opciones de respuesta son No:</p> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), pase a 34; de lo contrario,</p>		Sí	No		1	2	a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	Sí	No																																																																										
	1	2																																																																										
a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
	Sí	No																																																																										
	1	2																																																																										
a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
	Sí	No																																																																										
	1	2																																																																										
a. La han golpeado, abofeteado, pateado o herido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
b. la han amenazado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
c. la han abandonado, por quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
d. la han obligado a abortar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
32		<table><tr><td>a. Madre o padre</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Madrastra o padrastro</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Pareja</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Expareja</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Hijo(a), hijastro(a)</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Otra persona pariente de su pareja</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Otra persona pariente suya</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Otro, ¿cuál?</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>	g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>	h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>a. Madre o padre</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Madrastra o padrastro</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Pareja</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Expareja</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Hijo(a), hijastro(a)</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Otra persona pariente de su pareja</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Otra persona pariente suya</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Otro, ¿cuál?</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>	g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>	h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>a. Madre o padre</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Madrastra o padrastro</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Pareja</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Expareja</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Hijo(a), hijastro(a)</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f. Otra persona pariente de su pareja</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g. Otra persona pariente suya</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h. Otro, ¿cuál?</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>	g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>	h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>
a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>																																																																										
d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>																																																																										
e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>																																																																										
f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>																																																																										
g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>																																																																										
h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>																																																																										
a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>																																																																										
d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>																																																																										
e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>																																																																										
f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>																																																																										
g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>																																																																										
h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>																																																																										
a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>																																																																										
d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>																																																																										
e. Hijo(a), hijastro(a)	5	<input type="checkbox"/>																																																																										
f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>																																																																										
g. Otra persona pariente suya	7	<input type="checkbox"/>																																																																										
h. Otro, ¿cuál?	8	<input type="checkbox"/>																																																																										
33		<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), continúe; de lo contrario, pase</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), continúe; de lo contrario, pase</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>H1=1, 2, 3, 4 (es casada, unida, separada, divorciada o viuda) o V1=1 o 2 (tiene o tuvo novio o pareja), continúe; de lo contrario, pase</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>																																																						
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
Las preguntas 34 a 43 de este capítulo son para mujeres que tienen o han tenido alguna relación sentimental o unión.																																																																												
34		<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>																																													
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																																										
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																																										
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																																										
34		<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 36</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 36</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No responde</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Pase a 36</p>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>																																													
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																																										
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																																										
Sí	1	<input type="checkbox"/>																																																																										
No	2	<input type="checkbox"/>																																																																										
No responde	9	<input type="checkbox"/>																																																																										

35	¿Quién?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
		b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
		c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
		d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>
		f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
		f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
36	¿Alguna persona diferente a su actual o última pareja, ha tratado de limitar los contactos con su familia?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
37	¿Quién?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
		b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
		c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
		d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>
		f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
		f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
38	¿Alguna persona diferente a su actual o última pareja, se ha dirigido a usted en términos como: "usted no sirve para nada", "usted nunca hace nada bien", "usted es una bruta"?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
39	¿Quién?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
		b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
		c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
		d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>
		f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
		f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
40	¿Alguna persona diferente a su actual o última pareja, la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido físicamente?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
41	¿Quién?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
		b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
		c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
		d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>
		f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
		f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>

35	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>
	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
36	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
37	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>
	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
38	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
39	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>
	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
40	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
41	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>
	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>

41	¿Quién?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
42	¿Alguna persona diferente a su actual o última pareja la ha forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 62										
43	¿Esta situación se presentó en lo últimos 12 meses?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 54										
Las preguntas 44 a 53 de este capítulo son para mujeres que nunca han tenido alguna relación sentimental o unión.													
44	¿Alguna persona le ha impedido encontrarse con sus amigos(as)?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 46	No responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 46									
45	¿Quién?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
46	¿Alguna persona ha tratado de limitarle los contactos con su familia?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 48	No responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 48									
47	¿Quién?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	e. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	e. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
48	¿Alguna persona se ha dirigido a usted. en términos como: "usted no sirve para nada", "usted nunca hace nada bien", "usted es una bruta"?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 50	No responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 50									

41		a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
42		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 62										
43		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 54										
Las preguntas 44 a 53 de este capítulo son para mujeres que nunca han tenido alguna relación sentimental o unión.													
44		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 46	No responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 46									
45		a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
46		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 48	No responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 48									
47		a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	e. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	e. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
48		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 50	No responde 9 <input type="checkbox"/> Pase a 50									

49	¿Quién?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
		b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
		c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
		d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>
		f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
		f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
50	¿Alguna persona la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido físicamente?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
51	¿Quién?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
		b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
		c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
		d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>
		f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
		f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
52	¿Alguna persona la ha forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
53	¿Esta situación se presentó en los últimos 12 meses?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
Las preguntas 54 a 61 de este capítulo son para mujeres que han sido forzadas a tener relaciones sexuales por personas diferentes a la pareja.			
54	¿Quiere que hablemos de ese suceso?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
55	¿Quién la forzó físicamente a tener relaciones o actos sexuales? (si ha pasado más de una vez, solicítele que se refiera a la última)	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
		b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
		c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/>
		d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/>	d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/>
		e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>	e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>
		f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/>
		g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/>	g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/>
		i. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/>	i. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/>
		j. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/>	j. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/>
		k. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/>	k. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/>
		l. Pareja anterior 11 <input type="checkbox"/>	l. Pareja anterior 11 <input type="checkbox"/>
		m. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>	m. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>

49	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>
	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
50	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>	No responde 9 <input type="checkbox"/>
51	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hijo(a), hijastro(a) 3 <input type="checkbox"/>
	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>	d. Otra persona pariente d 4 <input type="checkbox"/>
	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>	f. Pareja anterior 5 <input type="checkbox"/>
	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
52	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
53	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
Las preguntas 54 a 61 de este capítulo son para mujeres que han sido forzadas a tener relaciones sexuales por personas diferentes a la pareja.			
54	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
55	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/>
	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/>
	c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/>	c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/>
	d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/>	d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/>	d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/>
	e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>	e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>	e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>
	f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/>
	g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/>	g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/>	g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/>
	i. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/>	i. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/>	i. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/>
	j. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/>	j. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/>	j. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/>
	k. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/>	k. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/>	k. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/>
	l. Pareja anterior 11 <input type="checkbox"/>	l. Pareja anterior 11 <input type="checkbox"/>	l. Pareja anterior 11 <input type="checkbox"/>
	m. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>	m. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>	m. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>

56	¿En qué lugar ocurrió ese suceso? (si ha pasado más de una vez, solicítele que se refiera a la última)	Transporte público	1	<input type="checkbox"/>	Transporte público	1	<input type="checkbox"/>		
		Calle	2	<input type="checkbox"/>	Calle	2	<input type="checkbox"/>		
		Su casa	3	<input type="checkbox"/>	Su casa	3	<input type="checkbox"/>		
		Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>	Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>		
		Mercado o almacén	5	<input type="checkbox"/>	Mercado o almacén	5	<input type="checkbox"/>		
		Reunión social	6	<input type="checkbox"/>	Reunión social	6	<input type="checkbox"/>		
		Bar, discoteca o cantina	7	<input type="checkbox"/>	Bar, discoteca o cantina	7	<input type="checkbox"/>		
		Trabajo	8	<input type="checkbox"/>	Trabajo	8	<input type="checkbox"/>		
		Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>		
		57	¿Cuando sucedió esto, usó anticoncepción de emergencia?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
No	2			<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
58	¿Como resultado de este suceso quedó embarazada?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
59	¿Aproximadamente, cuando sucedieron los hechos?	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Si es antes de mayo del 2006, pase a 61		Si es antes de mayo del 2006, pase a 61					
60	¿En algún momento le informaron sobre el derecho que tiene una mujer de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo, en caso de que haya sido objeto de una violación?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
61	¿Qué edad tenía cuando la forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales?	Edad		<input type="checkbox"/>	Edad		<input type="checkbox"/>		
Las preguntas 62 a 64 de este capítulo son para mujeres que han sido obligadas a tener relaciones sexuales para que otros obtuvieran dinero o beneficios.									
62	¿Alguna vez ha sido obligada a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
63	¿Quién?	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>		
		b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>		
		c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>		
		d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>		
		e. Otra persona pariente suya	5	<input type="checkbox"/>	e. Otra persona pariente suya	5	<input type="checkbox"/>		
		f. Amigo(a)	6	<input type="checkbox"/>	f. Amigo(a)	6	<input type="checkbox"/>		
		g. Profesor(a)	7	<input type="checkbox"/>	g. Profesor(a)	7	<input type="checkbox"/>		
		h. Jefe(a)	8	<input type="checkbox"/>	h. Jefe(a)	8	<input type="checkbox"/>		
		i. Desconocido(a)	9	<input type="checkbox"/>	i. Desconocido(a)	9	<input type="checkbox"/>		
		j. Otro, ¿cuál?	10	<input type="checkbox"/>	j. Otro, ¿cuál?	10	<input type="checkbox"/>		
		64	¿Qué edad tenía Ud. cuando la forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?	Edad		<input type="checkbox"/>	Edad		<input type="checkbox"/>

56	¿En qué lugar ocurrió ese suceso? (si ha pasado más de una vez, solicítele que se refiera a la última)	Transporte público	1	<input type="checkbox"/>	Transporte público	1	<input type="checkbox"/>	Transporte público	1	<input type="checkbox"/>		
		Calle	2	<input type="checkbox"/>	Calle	2	<input type="checkbox"/>	Calle	2	<input type="checkbox"/>		
		Su casa	3	<input type="checkbox"/>	Su casa	3	<input type="checkbox"/>	Su casa	3	<input type="checkbox"/>		
		Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>	Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>	Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>		
		Mercado o almacén	5	<input type="checkbox"/>	Mercado o almacén	5	<input type="checkbox"/>	Mercado o almacén	5	<input type="checkbox"/>		
		Reunión social	6	<input type="checkbox"/>	Reunión social	6	<input type="checkbox"/>	Reunión social	6	<input type="checkbox"/>		
		Bar, discoteca o cantina	7	<input type="checkbox"/>	Bar, discoteca o cantina	7	<input type="checkbox"/>	Bar, discoteca o cantina	7	<input type="checkbox"/>		
		Trabajo	8	<input type="checkbox"/>	Trabajo	8	<input type="checkbox"/>	Trabajo	8	<input type="checkbox"/>		
		Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>		
		57	¿Cuando sucedió esto, usó anticoncepción de emergencia?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
No	2			<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
58	¿Como resultado de este suceso quedó embarazada?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
59	¿Aproximadamente, cuando sucedieron los hechos?	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Si es antes de mayo del 2006, pase a 61		Si es antes de mayo del 2006, pase a 61		Si es antes de mayo del 2006, pase a 61						
60	¿En algún momento le informaron sobre el derecho que tiene una mujer de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo, en caso de que haya sido objeto de una violación?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
61	¿Qué edad tenía cuando la forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales?	Edad		<input type="checkbox"/>	Edad		<input type="checkbox"/>	Edad		<input type="checkbox"/>		
Las preguntas 62 a 64 de este capítulo son para mujeres que han sido obligadas a tener relaciones sexuales para que otros obtuvieran dinero o beneficios.												
62	¿Alguna vez ha sido obligada a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>		
63	¿Quién?	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>		
		b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>		
		c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>		
		d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>		
		e. Otra persona pariente suya	5	<input type="checkbox"/>	e. Otra persona pariente suya	5	<input type="checkbox"/>	e. Otra persona pariente suya	5	<input type="checkbox"/>		
		f. Amigo(a)	6	<input type="checkbox"/>	f. Amigo(a)	6	<input type="checkbox"/>	f. Amigo(a)	6	<input type="checkbox"/>		
		g. Profesor(a)	7	<input type="checkbox"/>	g. Profesor(a)	7	<input type="checkbox"/>	g. Profesor(a)	7	<input type="checkbox"/>		
		h. Jefe(a)	8	<input type="checkbox"/>	h. Jefe(a)	8	<input type="checkbox"/>	h. Jefe(a)	8	<input type="checkbox"/>		
		i. Desconocido(a)	9	<input type="checkbox"/>	i. Desconocido(a)	9	<input type="checkbox"/>	i. Desconocido(a)	9	<input type="checkbox"/>		
		j. Otro, ¿cuál?	10	<input type="checkbox"/>	j. Otro, ¿cuál?	10	<input type="checkbox"/>	j. Otro, ¿cuál?	10	<input type="checkbox"/>		
		64	¿Qué edad tenía Ud. cuando la forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?	Edad		<input type="checkbox"/>	Edad		<input type="checkbox"/>	Edad		<input type="checkbox"/>

Las preguntas 65 a 70 de este capítulo son para todas las mujeres de 13 a 49 años.										
		Sí			No			NS		
		1 2 9			1 2 9			1 2 9		
65	Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en su vida:	a. ¿La han tocado o manoseado sin que usted quisiera?				a. ¿La han tocado o manoseado sin que usted quisiera?				
		b. ¿Se ha sentido incómoda, desnudada o morboseada con la mirada?				b. ¿Se ha sentido incómoda, desnudada o morboseada con la mirada?				
		c. ¿Ha escuchado chistes, comentarios o conversaciones con contenido sexual no deseado o incómodo?				c. ¿Ha escuchado chistes, comentarios o conversaciones con contenido sexual no deseado o incómodo?				
		d. ¿Alguien se mostró protector o protectora con usted y luego tuvo comportamientos sexuales que le molestaron o incomodaron?				d. ¿Alguien se mostró protector o protectora con usted y luego tuvo comportamientos sexuales que le molestaron o incomodaron?				
		e. ¿Ha recibido insinuaciones, regalos o invitaciones con fines sexuales de manera insistente que le molesten o le generen molestias?				e. ¿Ha recibido insinuaciones, regalos o invitaciones con fines sexuales de manera insistente que le molesten o le generen molestias?				
		Si todas las opciones tienen respuesta "No" o "Ns", pase a 67; Si al menos una respuesta es "Sí", continúe					Si todas las opciones tienen respuesta "No" o "Ns", pase a 67; Si al menos una respuesta es "Sí", continúe			
66	¿En dónde ha sucedido esto?	a. Transporte público	1			a. Transporte público	1			
		b. Calle	2			b. Calle	2			
		c. Su casa	3			c. Su casa	3			
		d. Institución educativa	4			d. Institución educativa	4			
		e. Mercado o almacén	5			e. Mercado o almacén	5			
		f. Reunión social	6			f. Reunión social	6			
		g. Bar, discoteca o cantina	7			g. Bar, discoteca o cantina	7			
		h. Trabajo	8			h. Trabajo	8			
		i. Otro, ¿cuál?	9			i. Otro, ¿cuál?	9			

Las preguntas 65 a 70 de este capítulo son para todas las mujeres de 13 a 49 años.										
		Sí			No			NS		
		1 2 9			1 2 9			1 2 9		
65	Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en su vida:	a. ¿La han tocado o manoseado sin que usted quisiera?				a. ¿La han tocado o manoseado sin que usted quisiera?				
		b. ¿Se ha sentido incómoda, desnudada o morboseada con la mirada?				b. ¿Se ha sentido incómoda, desnudada o morboseada con la mirada?				
		c. ¿Ha escuchado chistes, comentarios o conversaciones con contenido sexual no deseado o incómodo?				c. ¿Ha escuchado chistes, comentarios o conversaciones con contenido sexual no deseado o incómodo?				
		d. ¿Alguien se mostró protector o protectora con usted y luego tuvo comportamientos sexuales que le molestaron o incomodaron?				d. ¿Alguien se mostró protector o protectora con usted y luego tuvo comportamientos sexuales que le molestaron o incomodaron?				
		e. ¿Ha recibido insinuaciones, regalos o invitaciones con fines sexuales de manera insistente que le molesten o le generen molestias?				e. ¿Ha recibido insinuaciones, regalos o invitaciones con fines sexuales de manera insistente que le molesten o le generen molestias?				
		Si todas las opciones tienen respuesta "No" o "Ns", pase a 67; Si al menos una respuesta es "Sí", continúe					Si todas las opciones tienen respuesta "No" o "Ns", pase a 67; Si al menos una respuesta es "Sí", continúe			
66	¿En dónde ha sucedido esto?	a. Transporte público	1			a. Transporte público	1			
		b. Calle	2			b. Calle	2			
		c. Su casa	3			c. Su casa	3			
		d. Institución educativa	4			d. Institución educativa	4			
		e. Mercado o almacén	5			e. Mercado o almacén	5			
		f. Reunión social	6			f. Reunión social	6			
		g. Bar, discoteca o cantina	7			g. Bar, discoteca o cantina	7			
		h. Trabajo	8			h. Trabajo	8			
		i. Otro, ¿cuál?	9			i. Otro, ¿cuál?	9			

67	¿Alguna vez le han exigido prueba de embarazo al solicitar un trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha solicitado trabajo 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha solicitado trabajo 9 <input type="checkbox"/>	*Si (J1)1=2 (NO está embarazada), (J1)13=2 (NO ha estado embarazada) y H1=1,2,3,4 (ESTÁ casada, unida, separada, divorciada, viuda) o V1=1,2, pase a 34 *Si (J1)1=1 (ESTÁ embarazada) o (J1)13=1 (HA estado embarazada), continúe	* Si V2 opciones i. a l., V 3, V4 opciones b. a e., V5, V31, V40, V42, V50, V52 y V62= 2 (No), pase a 85, Si en alguna pregunta tiene un "Sí", pase a 71
68	¿Alguna vez le han exigido certificado de esterilización al solicitar un trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
69	¿Alguna vez le han exigido la prueba de VIH al solicitar un trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
70	¿Alguna vez estando embarazada la despidieron de su trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha estado embarazada 3 <input type="checkbox"/> No ha trabajado fuera del hogar estando embarazada 4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha estado embarazada 3 <input type="checkbox"/> No ha trabajado fuera del hogar estando embarazada 4 <input type="checkbox"/>	* Si V2 opciones i. a l., V 3, V4 opciones b. a e., V5, V31, V40, V42, V50, V52 y V62O= 2 (No), pase a 85, Si en alguna pregunta tiene un "Sí", continúe	* Si V2 opciones i. a l., V 3, V4 opciones b. a e., V5, V31, V40, V42, V50, V52 y V62O= 2 (No), pase a 85, Si en alguna pregunta tiene un "Sí", continúe
Las preguntas 71 a 83 de este capítulo son para todas las mujeres que han sufrido al menos una violencia.					
71	¿Cuando ha sufrido de violencia, le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted? (Sí al menos una vez ha pedido ayuda por cualquiera de lo hechos, registre "Sí")	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 73	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 73		
72	¿A quién le ha pedido ayuda?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Pareja 3 <input type="checkbox"/> d. Expareja 4 <input type="checkbox"/> e. Otra persona pariente suya 5 <input type="checkbox"/> f. Otra persona pariente de su pareja 6 <input type="checkbox"/> g. Amigo(a) 7 <input type="checkbox"/> h. Vecino(a) 8 <input type="checkbox"/> i. Profesor(a) 9 <input type="checkbox"/> j. Empleador(a) 10 <input type="checkbox"/> k. Otro, ¿cuál? 11 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Pareja 3 <input type="checkbox"/> d. Expareja 4 <input type="checkbox"/> e. Otra persona pariente suya 5 <input type="checkbox"/> f. Otra persona pariente de su pareja 6 <input type="checkbox"/> g. Amigo(a) 7 <input type="checkbox"/> h. Vecino(a) 8 <input type="checkbox"/> i. Profesor(a) 9 <input type="checkbox"/> j. Empleador(a) 10 <input type="checkbox"/> k. Otro, ¿cuál? 11 <input type="checkbox"/>		

67	¿Alguna vez le han exigido prueba de embarazo al solicitar un trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha solicitado trabajo 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha solicitado trabajo 9 <input type="checkbox"/>	* Si V2 opciones i. a l., V 3, V4 opciones b. a e., V5, V31, V40, V42, V50, V52 y V62= 2 (No), pase a 85, Si en alguna pregunta tiene un "Sí", pase a 71	* Si V2 opciones i. a l., V 3, V4 opciones b. a e., V5, V31, V40, V42, V50, V52 y V62= 2 (No), pase a 85, Si en alguna pregunta tiene un "Sí", pase a 71
68	¿Alguna vez le han exigido certificado de esterilización al solicitar un trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
69	¿Alguna vez le han exigido la prueba de VIH al solicitar un trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
70	¿Alguna vez estando embarazada la despidieron de su trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha estado embarazada 3 <input type="checkbox"/> No ha trabajado fuera del hogar estando embarazada 4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha estado embarazada 3 <input type="checkbox"/> No ha trabajado fuera del hogar estando embarazada 4 <input type="checkbox"/>	* Si V2 opciones i. a l., V 3, V4 opciones b. a e., V5, V31, V40, V42, V50, V52 y V62O= 2 (No), pase a 85, Si en alguna pregunta tiene un "Sí", continúe	* Si V2 opciones i. a l., V 3, V4 opciones b. a e., V5, V31, V40, V42, V50, V52 y V62O= 2 (No), pase a 85, Si en alguna pregunta tiene un "Sí", continúe
Las preguntas 71 a 83 de este capítulo son para todas las mujeres que han sufrido al menos una violencia.					
71	¿Cuando ha sufrido de violencia, le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted? (Sí al menos una vez ha pedido ayuda por cualquiera de lo hechos, registre "Sí")	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 73	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 73		
72	¿A quién le ha pedido ayuda?	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Pareja 3 <input type="checkbox"/> d. Expareja 4 <input type="checkbox"/> e. Otra persona pariente suya 5 <input type="checkbox"/> f. Otra persona pariente de su pareja 6 <input type="checkbox"/> g. Amigo(a) 7 <input type="checkbox"/> h. Vecino(a) 8 <input type="checkbox"/> i. Profesor(a) 9 <input type="checkbox"/> j. Empleador(a) 10 <input type="checkbox"/> k. Otro, ¿cuál? 11 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Pareja 3 <input type="checkbox"/> d. Expareja 4 <input type="checkbox"/> e. Otra persona pariente suya 5 <input type="checkbox"/> f. Otra persona pariente de su pareja 6 <input type="checkbox"/> g. Amigo(a) 7 <input type="checkbox"/> h. Vecino(a) 8 <input type="checkbox"/> i. Profesor(a) 9 <input type="checkbox"/> j. Empleador(a) 10 <input type="checkbox"/> k. Otro, ¿cuál? 11 <input type="checkbox"/>		

73	¿Cuando ha sufrido de violencia, ha acudido a alguna institución para buscar ayuda? (Si al menos una vez ha pedido ayuda por cualquiera de lo hechos, registre "Sí")	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 75	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 75
74	¿A cuál o cuáles institución(es) ha acudido?	a. Inspección de Policía 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Defensoría de familia 3 <input type="checkbox"/> d. Fiscalía 4 <input type="checkbox"/> e. Juzgado 5 <input type="checkbox"/> f. Institución de salud 6 <input type="checkbox"/> g. Procuraduría 7 <input type="checkbox"/> h. Personería municipal 8 <input type="checkbox"/> i. Casa de la justicia 9 <input type="checkbox"/> j. Defensoría del pueblo 10 <input type="checkbox"/> k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/> l. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>	a. Inspección de Policía 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Defensoría de familia 3 <input type="checkbox"/> d. Fiscalía 4 <input type="checkbox"/> e. Juzgado 5 <input type="checkbox"/> f. Institución de salud 6 <input type="checkbox"/> g. Procuraduría 7 <input type="checkbox"/> h. Personería municipal 8 <input type="checkbox"/> i. Casa de la justicia 9 <input type="checkbox"/> j. Defensoría del pueblo 10 <input type="checkbox"/> k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/> l. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>
75	¿Denunció la violencia? (Si al menos una vez ha denunciado por cualquiera de lo hechos, registre "Sí")	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 79	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 79
76	¿Ante qué autoridad denunció la violencia?	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Línea 155 5 <input type="checkbox"/> f. Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Línea 155 5 <input type="checkbox"/> f. Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
77	¿Cuál fue el resultado del denuncia?	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. La citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/> h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? 10 <input type="checkbox"/>	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. La citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/> h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? 10 <input type="checkbox"/>

73	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 75	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 75	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 75
74	a. Inspección de Policía 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Defensoría de familia 3 <input type="checkbox"/> d. Fiscalía 4 <input type="checkbox"/> e. Juzgado 5 <input type="checkbox"/> f. Institución de salud 6 <input type="checkbox"/> g. Procuraduría 7 <input type="checkbox"/> h. Personería municipal 8 <input type="checkbox"/> i. Casa de la justicia 9 <input type="checkbox"/> j. Defensoría del pueblo 10 <input type="checkbox"/> k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/> l. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>	a. Inspección de Policía 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Defensoría de familia 3 <input type="checkbox"/> d. Fiscalía 4 <input type="checkbox"/> e. Juzgado 5 <input type="checkbox"/> f. Institución de salud 6 <input type="checkbox"/> g. Procuraduría 7 <input type="checkbox"/> h. Personería municipal 8 <input type="checkbox"/> i. Casa de la justicia 9 <input type="checkbox"/> j. Defensoría del pueblo 10 <input type="checkbox"/> k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/> l. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>	a. Inspección de Policía 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Defensoría de familia 3 <input type="checkbox"/> d. Fiscalía 4 <input type="checkbox"/> e. Juzgado 5 <input type="checkbox"/> f. Institución de salud 6 <input type="checkbox"/> g. Procuraduría 7 <input type="checkbox"/> h. Personería municipal 8 <input type="checkbox"/> i. Casa de la justicia 9 <input type="checkbox"/> j. Defensoría del pueblo 10 <input type="checkbox"/> k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/> l. Otro, ¿cuál? 12 <input type="checkbox"/>
75	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 79	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 79	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 79
76	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Línea 155 5 <input type="checkbox"/> f. Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Línea 155 5 <input type="checkbox"/> f. Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Línea 155 5 <input type="checkbox"/> f. Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
77	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. La citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/> h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? 10 <input type="checkbox"/>	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. La citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/> h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? 10 <input type="checkbox"/>	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. La citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/> h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? 10 <input type="checkbox"/>



78	¿Cuál fue la respuesta de las autoridades a las que acudió?	<div>a. Le dieron apoyo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. La hicieron sentir culpable2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Creyeron en usted3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Le recomendaron quedarse callada4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Le animaron a denunciar5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Se aliaron con el(la) agresor(a)6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Pensaron que usted estaba mintiendo7<input type="checkbox"/></div> <div>h. Le presionaron para conciliar8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>9<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 80</div>	<div>a. Le dieron apoyo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. La hicieron sentir culpable2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Creyeron en usted3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Le recomendaron quedarse callada4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Le animaron a denunciar5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Se aliaron con el(la) agresor(a)6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Pensaron que usted estaba mintiendo7<input type="checkbox"/></div> <div>h. Le presionaron para conciliar8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>9<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 80</div>	78	<div>a. Le dieron apoyo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. La hicieron sentir culpable2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Creyeron en usted3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Le recomendaron quedarse callada4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Le animaron a denunciar5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Se aliaron con el(la) agresor(a)6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Pensaron que usted estaba mintiendo7<input type="checkbox"/></div> <div>h. Le presionaron para conciliar8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>9<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 80</div>	<div>a. Le dieron apoyo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. La hicieron sentir culpable2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Creyeron en usted3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Le recomendaron quedarse callada4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Le animaron a denunciar5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Se aliaron con el(la) agresor(a)6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Pensaron que usted estaba mintiendo7<input type="checkbox"/></div> <div>h. Le presionaron para conciliar8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>9<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 80</div>	<div>a. Le dieron apoyo1<input type="checkbox"/></div> <div>b. La hicieron sentir culpable2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Creyeron en usted3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Le recomendaron quedarse callada4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Le animaron a denunciar5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Se aliaron con el(la) agresor(a)6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Pensaron que usted estaba mintiendo7<input type="checkbox"/></div> <div>h. Le presionaron para conciliar8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>9<input type="checkbox"/></div> <div>Pase a 80</div>
79	¿Cuáles son las razones por las que usted no ha denunciado (o retiró el denuncia) a la persona que le hizo daño?	<div>a. No sabe a dónde ir1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Vergüenza y humillación2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Es parte de la vida (normal)3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Siente que merece el abuso4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Miedo de divorcio o separación5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Miedo a represalias6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Siente que los daños no fueron fuertes7<input type="checkbox"/></div> <div>h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Cree que puede resolverlo sola9<input type="checkbox"/></div> <div>j. No cree en la justicia10<input type="checkbox"/></div> <div>k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar11<input type="checkbox"/></div>	<div>a. No sabe a dónde ir1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Vergüenza y humillación2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Es parte de la vida o normal3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Siente que merece el abuso4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Miedo de divorcio o separación5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Miedo a represalias6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Siente que los daños no fueron fuertes7<input type="checkbox"/></div> <div>h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Cree que puede resolverlo sola9<input type="checkbox"/></div> <div>j. No cree en la justicia10<input type="checkbox"/></div> <div>k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar11<input type="checkbox"/></div>	79	<div>a. No sabe a dónde ir1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Vergüenza y humillación2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Es parte de la vida o normal3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Siente que merece el abuso4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Miedo de divorcio o separación5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Miedo a represalias6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Siente que los daños no fueron fuertes7<input type="checkbox"/></div> <div>h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Cree que puede resolverlo sola9<input type="checkbox"/></div> <div>j. No cree en la justicia10<input type="checkbox"/></div> <div>k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar11<input type="checkbox"/></div>	<div>a. No sabe a dónde ir1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Vergüenza y humillación2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Es parte de la vida o normal3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Siente que merece el abuso4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Miedo de divorcio o separación5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Miedo a represalias6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Siente que los daños no fueron fuertes7<input type="checkbox"/></div> <div>h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Cree que puede resolverlo sola9<input type="checkbox"/></div> <div>j. No cree en la justicia10<input type="checkbox"/></div> <div>k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar11<input type="checkbox"/></div>	<div>a. No sabe a dónde ir1<input type="checkbox"/></div> <div>b. Vergüenza y humillación2<input type="checkbox"/></div> <div>c. Es parte de la vida o normal3<input type="checkbox"/></div> <div>d. Siente que merece el abuso4<input type="checkbox"/></div> <div>e. Miedo de divorcio o separación5<input type="checkbox"/></div> <div>f. Miedo a represalias6<input type="checkbox"/></div> <div>g. Siente que los daños no fueron fuertes7<input type="checkbox"/></div> <div>h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió8<input type="checkbox"/></div> <div>i. Cree que puede resolverlo sola9<input type="checkbox"/></div> <div>j. No cree en la justicia10<input type="checkbox"/></div> <div>k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar11<input type="checkbox"/></div>

		<div><div>l. Piensa que no va a volver a ocurrir</div><div>12</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>m. Todavía quiere a la persona que la agredió</div><div>13</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>n. Otro, ¿cuál?</div><div>14</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>l. Piensa que no va a volver a ocurrir</div><div>12</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>m. Todavía quiere a la persona que la agredió</div><div>13</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>n. Otro, ¿cuál?</div><div>14</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
80	¿Alguna vez ha recibido (recibió) atención de un profesional de la salud cuando sufrió algún tipo de violencia?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Pase a 85</div></div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Pase a 85</div></div>
81	¿Por parte de quién recibió ayuda profesional?	<div><div>a. Médico(a)</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. Enfermero(a)</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>c. Trabajador(a) social</div><div>3</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>d. Psicólogo(a)</div><div>4</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>j. Otro, ¿cuál?</div><div>5</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>a. Médico(a)</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. Enfermero(a)</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>c. Trabajador(a) social</div><div>3</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>d. Psicólogo(a)</div><div>4</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>e. Otro, ¿cuál?</div><div>5</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
82	Como resultado de esta atención, a usted:	<div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>NS</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div><div><div>a. ¿Se le realizó una atención de urgencias?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. ¿Se le realizó atención a su salud física pero no en urgencias?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. ¿Se le realizó atención en su salud mental?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. ¿Le iniciaron un tratamiento?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>NS</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div><div><div>a. ¿Se le realizó una atención de urgencias?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. ¿Se le realizó atención a su salud física pero no en urgencias?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. ¿Se le realizó atención en su salud mental?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. ¿Le iniciaron un tratamiento?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div></div>
83	Cuando fue a consulta médica o al centro de salud como resultado de la violencia, ¿usted recibió información sobre las medidas de protección como prohibir al agresor cualquier acercamiento, brindar protección policial, brindar protección del patrimonio, garantizar la seguridad en la vivienda o brindar un lugar seguro, entre otras?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
84	Cuando fue a consulta médica o al centro de salud como resultado de la violencia, ¿usted recibió información sobre la obligatoriedad que tiene la institución de salud de dar aviso a las autoridades judiciales?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>

		<div><div>l. Piensa que no va a volver a ocurrir</div><div>12</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>m. Todavía quiere a la persona que la agredió</div><div>13</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>n. Otro, ¿cuál?</div><div>14</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>l. Piensa que no va a volver a ocurrir</div><div>12</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>m. Todavía quiere a la persona que la agredió</div><div>13</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>n. Otro, ¿cuál?</div><div>14</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
80	¿Alguna vez ha recibido (recibió) atención de un profesional de la salud cuando sufrió algún tipo de violencia?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Pase a 85</div></div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Pase a 85</div></div>
81	¿Por parte de quién recibió ayuda profesional?	<div><div>a. Médico(a)</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. Enfermero(a)</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>c. Trabajador(a) social</div><div>3</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>d. Psicólogo(a)</div><div>4</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>e. Otro, ¿cuál?</div><div>5</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>a. Médico(a)</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>b. Enfermero(a)</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>c. Trabajador(a) social</div><div>3</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>d. Psicólogo(a)</div><div>4</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>e. Otro, ¿cuál?</div><div>5</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
82	Como resultado de esta atención, a usted:	<div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>NS</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div><div><div>a. ¿Se le realizó una atención de urgencias?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. ¿Se le realizó atención a su salud física pero no en urgencias?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. ¿Se le realizó atención en su salud mental?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. ¿Le iniciaron un tratamiento?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div></div>	<div><div><div>Sí</div><div>No</div><div>NS</div><div>1</div><div>2</div><div>9</div></div><div><div>a. ¿Se le realizó una atención de urgencias?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>b. ¿Se le realizó atención a su salud física pero no en urgencias?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>c. ¿Se le realizó atención en su salud mental?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div>d. ¿Le iniciaron un tratamiento?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div></div>
83	Cuando fue a consulta médica o al centro de salud como resultado de la violencia, ¿usted recibió información sobre las medidas de protección como prohibir al agresor cualquier acercamiento, brindar protección policial, brindar protección del patrimonio, garantizar la seguridad en la vivienda o brindar un lugar seguro, entre otras?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>
84	Cuando fue a consulta médica o al centro de salud como resultado de la violencia, ¿usted recibió información sobre la obligatoriedad que tiene la institución de salud de dar aviso a las autoridades judiciales?	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div><input type="checkbox"/></div></div>

85	Sabía que en caso de ser víctima de cualquier tipo de violencia de género, tiene derecho a:	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado?</div><div>b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas?</div><div>c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita?</div><div>d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?</div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado?</div><div>b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas?</div><div>c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita?</div><div>d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?</div></div>	85	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado?</div><div>b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas?</div><div>c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita?</div><div>d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?</div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado?</div><div>b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas?</div><div>c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita?</div><div>d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?</div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado?</div><div>b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas?</div><div>c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita?</div><div>d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?</div></div>
		<div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div>1 2 3</div><div>a. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos</div><div>b. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas</div></div>	<div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div>1 2 3</div><div>a. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos</div><div>b. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas</div></div>		<div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div>1 2 3</div><div>a. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos</div><div>b. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas</div></div>	<div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div>1 2 3</div><div>a. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos</div><div>b. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas</div></div>	

86	Por favor, dígame si está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases:	<div><div>c. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>d. A veces está bien que los hombres golpeen a sus</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>e. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>f. Una buena esposa obedece a su esposo siempre</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>g. Una mujer puede escoger sus amistades a unque a su pareja n o le guste</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>h. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>i. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div>	<div><div>c. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>d. A veces está bien que los hombres golpeen a sus</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>e. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>f. Una buena esposa obedece a su esposo siempre</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>g. Una mujer puede escoger sus amistades a unque a su pareja n o le guste</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>h. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>i. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div>
87	Frente a la percepción que tiene sobre el amor, ¿está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:	<div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div><div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación?</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div></div> <td><div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div><div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación?</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div></div></td>	<div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div><div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación?</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div></div>
86		<div><div>c. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>d. A veces está bien que los hombres golpeen a sus</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>e. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>f. Una buena esposa obedece a su esposo siempre</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>g. Una mujer puede escoger sus amistades a unque a su pareja n o le guste</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>h. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>i. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div>	<div><div>c. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>d. A veces está bien que los hombres golpeen a sus</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>e. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>f. Una buena esposa obedece a su esposo siempre</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>g. Una mujer puede escoger sus amistades a unque a su pareja n o le guste</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>h. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>i. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div>
87		<div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div><div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación?</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div></div> <td><div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div><div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación?</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div></div></td>	<div><div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div><div><div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación?</div><div><div></div><div></div><div></div></div></div></div>

		<div>d. En una sana relación amorosa hay cosas que no necesariamente el otro debe saber de <input type="text"/></div> <div>e. Es normal sentir celos cuando se ama a alguien? <input type="text"/></div>	<div>d. En una sana relación amorosa hay cosas que no necesariamente el otro debe saber de <input type="text"/></div> <div>e. Es normal sentir celos cuando se ama a alguien? <input type="text"/></div>
88	Sí alguno de sus amigos golpea a una mujer, ¿usted:	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Interviene en ese momento? <input type="text"/></div><div>b. ¿Habla con él después? <input type="text"/></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted? <input type="text"/></div><div>d. ¿Llama a la policía? <input type="text"/></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo? <input type="text"/></div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Interviene en ese momento? <input type="text"/></div><div>b. ¿Habla con él después? <input type="text"/></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted? <input type="text"/></div><div>d. ¿Llama a la policía? <input type="text"/></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo? <input type="text"/></div></div>
89	Sí ve a un hombre desconocido golpeando a una mujer ¿usted:	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Interviene en ese momento? <input type="text"/></div><div>b. ¿Habla con él después? <input type="text"/></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted? <input type="text"/></div><div>d. ¿Llama a la policía? <input type="text"/></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo? <input type="text"/></div><div>Pase a capítulo X</div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Interviene en ese momento? <input type="text"/></div><div>b. ¿Habla con él después? <input type="text"/></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted? <input type="text"/></div><div>d. ¿Llama a la policía? <input type="text"/></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo? <input type="text"/></div><div>Pase a capítulo X</div></div>

		<div>d. En una sana relación amorosa hay cosas que no necesariamente el otro debe saber de <input type="text"/></div> <div>e. Es normal sentir celos cuando se ama a alguien? <input type="text"/></div>	<div>d. En una sana relación amorosa hay cosas que no necesariamente el otro debe saber de <input type="text"/></div> <div>e. Es normal sentir celos cuando se ama a alguien? <input type="text"/></div>
88		<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Interviene en ese momento? <input type="text"/></div><div>b. ¿Habla con él después? <input type="text"/></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted? <input type="text"/></div><div>d. ¿Llama a la policía? <input type="text"/></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo? <input type="text"/></div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Interviene en ese momento? <input type="text"/></div><div>b. ¿Habla con él después? <input type="text"/></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted? <input type="text"/></div><div>d. ¿Llama a la policía? <input type="text"/></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo? <input type="text"/></div></div>
89		<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Interviene en ese momento? <input type="text"/></div><div>b. ¿Habla con él después? <input type="text"/></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted? <input type="text"/></div><div>d. ¿Llama a la policía? <input type="text"/></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo? <input type="text"/></div><div>Pase a capítulo X</div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. Interviene en ese momento? <input type="text"/></div><div>b. ¿Habla con él después? <input type="text"/></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted? <input type="text"/></div><div>d. ¿Llama a la policía? <input type="text"/></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo? <input type="text"/></div><div>Pase a capítulo X</div></div>

CAPITULO W. VIOLENCIAS POR RAZONES DE GÉNERO - HOMBRES (para hombres de 13 a 59 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
ANTES DE CONTINUAR, VERIFIQUE TOTAL PRIVACIDAD CON LA ENCUESTADA			
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ciertos aspectos de las relaciones interpersonales. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender algunos aspectos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie			
1	¿Tiene actualmente o ha tenido novia(o) o pareja?	Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/> Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/> No ha tenido novia(o) o pareja 9 <input type="checkbox"/> Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 24; de lo contrario pase a 33	Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/> Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/> No ha tenido novia(o) o pareja 9 <input type="checkbox"/> Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 24; de lo contrario pase a 33
Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA SEXUAL)			
a.	¿Le solicitó imágenes o videos íntimos, la amenazó con compartirlo o lo compartió por redes sociales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal
b.	¿Lo forzó físicamente a tener relaciones o actos sexuales que usted no quería?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal

CAPITULO W. VIOLENCIAS POR RAZONES DE GÉNERO - HOMBRES (para hombres de 13 a 59 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
ANTES DE CONTINUAR, VERIFIQUE TOTAL PRIVACIDAD CON LA ENCUESTADA				
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ciertos aspectos de las relaciones interpersonales. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender algunos aspectos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie				
1	¿Tiene actualmente o ha tenido novia(o) o pareja?	Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/> Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/> No ha tenido novia(o) o pareja 9 <input type="checkbox"/> Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 24; de lo contrario pase a 33	Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/> Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/> No ha tenido novia(o) o pareja 9 <input type="checkbox"/> Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 24; de lo contrario pase a 33	Tiene actualmente 1 <input type="checkbox"/> Ha tenido pero en este momento no 2 <input type="checkbox"/> No ha tenido novia(o) o pareja 9 <input type="checkbox"/> Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 24; de lo contrario pase a 33
Alguna vez su actual o última pareja: (VIOLENCIA SEXUAL)				
a.	¿Le solicitó imágenes o videos íntimos, la amenazó con compartirlo o lo compartió por redes sociales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal
b.	¿Lo forzó físicamente a tener relaciones o actos sexuales que usted no quería?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal	Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal

2	c.	<p>¿ Lo presionó, a través de amenazas, a tener relaciones o actividades sexuales?</p> <div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>
	d.	<p>¿ Le obligó a realizar un acto sexual que usted consideraba denigrante o humillante?</p> <div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 16</div><div>Si todas las opciones son "NO" para los literales b. a d. de esta pregunta, pero en literal a. de esta pregunta es "Sí", continúe.</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 16</div><div>Si todas las opciones son "NO" para los literales b. a d. de esta pregunta, pero en literal a. de esta pregunta es "Sí", continúe.</div></div>
		<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. ¿Se enfermó físicamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. ¿Tuvo una hospitalización por varios días? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. ¿Tuvo idea de suicidarse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. ¿Sintió que no valía nada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. ¿Se enfermó físicamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. ¿Tuvo una hospitalización por varios días? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. ¿Tuvo idea de suicidarse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. ¿Sintió que no valía nada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>

5		<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div></div>
		<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 16</div><div>Si todas las opciones son "NO" para los literales b. a d. de esta pregunta, pero en literal a. de esta pregunta es "Sí", continúe.</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 16</div><div>Si todas las opciones son "NO" para los literales b. a d. de esta pregunta, pero en literal a. de esta pregunta es "Sí", continúe.</div></div>	<div><div>Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Lo hizo en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/></div><div>¿Esta situación se ha presentado en público, en privado o en ambas? Público 1 <input type="checkbox"/> Privado 2 <input type="checkbox"/> Ambas 3 <input type="checkbox"/></div><div>No 2 <input type="checkbox"/> Siguiente literal</div><div>Si todas las opciones de respuesta son "No", pase a 16</div><div>Si todas las opciones son "NO" para los literales b. a d. de esta pregunta, pero en literal a. de esta pregunta es "Sí", continúe.</div></div>
		<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. ¿Se enfermó físicamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. ¿Tuvo una hospitalización por varios días? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. ¿Tuvo idea de suicidarse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. ¿Sintió que no valía nada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. ¿Se enfermó físicamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. ¿Tuvo una hospitalización por varios días? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. ¿Tuvo idea de suicidarse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. ¿Sintió que no valía nada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>	<div><div>Sí No NS</div><div>1 2 9</div><div>a. ¿Se enfermó físicamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>b. ¿Tuvo una hospitalización por varios días? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>c. ¿Tuvo idea de suicidarse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>d. ¿Sintió que no valía nada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div>

3	Por favor dígame Si las siguientes cosas le sucedieron como resultado de lo que (última) pareja le hizo:	e. ¿Se afectó su relación con sus hijos? f. ¿No volvió a hablar con nadie? g. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo? h. ¿Se enfermó de la cabeza? i. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales? j. ¿Tuvo que dejar de trabajar? k. ¿Tuvo que dejar de estudiar? l. ¿Abuso de consumo de alcohol o drogas? m. ¿Tuvo trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. ¿Se afectó su relación con sus hijos? f. ¿No volvió a hablar con nadie? g. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo? h. ¿Se enfermó de la cabeza? i. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales? j. ¿Tuvo que dejar de trabajar? k. ¿Tuvo que dejar de estudiar? l. ¿Abuso de consumo de alcohol o drogas? m. ¿Tuvo trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. ¿Se afectó su relación con sus hijos? f. ¿No volvió a hablar con nadie? g. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo? h. ¿Se enfermó de la cabeza? i. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales? j. ¿Tuvo que dejar de trabajar? k. ¿Tuvo que dejar de estudiar? l. ¿Abuso de consumo de alcohol o drogas? m. ¿Tuvo trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. ¿Se afectó su relación con sus hijos? f. ¿No volvió a hablar con nadie? g. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo? h. ¿Se enfermó de la cabeza? i. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales? j. ¿Tuvo que dejar de trabajar? k. ¿Tuvo que dejar de estudiar? l. ¿Abuso de consumo de alcohol o drogas? m. ¿Tuvo trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	¿Después de cuánto tiempo de iniciada la relación, sucedieron estas cosas por primera vez?	Años Después de la separación o ruptura No recuerda H1=3 o 4 (es separado, divorciado o viudo) o W1=2 (Tuvo novia(o) o pareja pero actualmente no), pase a W10; de lo contrario, continúe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Años Después de la separación o ruptura No recuerda H1=3 o 4 (es separado, divorciado o viudo) o W1=2 (Tuvo novia(o) o pareja pero actualmente no), pase a W10; de lo contrario, continúe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Años Después de la separación o ruptura No recuerda H1=3 o 4 (es separado, divorciado o viudo) o W1=2 (Tuvo novia(o) o pareja pero actualmente no), pase a W10; de lo contrario, continúe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Años Después de la separación o ruptura No recuerda H1=3 o 4 (es separado, divorciado o viudo) o W1=2 (Tuvo novia(o) o pareja pero actualmente no), pase a W10; de lo contrario, continúe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
5	¿En los últimos 12 meses ha pensado en separarse como consecuencia de la violencia ejercida por su pareja?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
6	¿Cuando ha sido agredido por su pareja, se ha defendido golpeándola(o) o agrediéndola(o) físicamente?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8
7	¿Cuándo fue la última vez que pasó?	Un años o más Menos de un año	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Un años o más Menos de un año	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Un años o más Menos de un año	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Un años o más Menos de un año	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
8	En momentos en que su pareja no lo ha estado agrediendo, ¿usted:	Sí No 1 2 a. La(o) ha golpeado? b. La(o) ha insultado? c. La(o) ha controlado? d. La(o) ha celado? Si todas las opciones son "No", pasea a 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No 1 2 a. La(o) ha golpeado? b. La(o) ha insultado? c. La(o) ha controlado? d. La(o) ha celado? Si todas las opciones son "No", pasea a 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No 1 2 a. La(o) ha golpeado? b. La(o) ha insultado? c. La(o) ha controlado? d. La(o) ha celado? Si todas las opciones son "No", pasea a 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No 1 2 a. La(o) ha golpeado? b. La(o) ha insultado? c. La(o) ha controlado? d. La(o) ha celado? Si todas las opciones son "No", pasea a 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



9	¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia ha agredido, golpeado, insultado, controlado o celado a su pareja:	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
10	¿Alguna vez se defendió golpeándola o agrediéndola físicamente?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
11	¿Cuándo fue la última vez que se defendió?	Un años o más 1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>	Un años o más 1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>
12	En momentos en que su última pareja no lo estaba agrediendo, ¿usted:	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. La(o) ha golpeado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. La(o) ha insultado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. La(o) ha controlado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. La(o) ha celado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Si todas las opciones son "No", pasea a 14</div>	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. La(o) ha golpeado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. La(o) ha insultado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. La(o) ha controlado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. La(o) ha celado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Si todas las opciones son "No", pasea a 14</div>
13	¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia agredía, golpeaba, insultaba, controlaba o celaba a su última pareja:	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
14	¿Esta persona bebe (bebía) alcohol o consume (consumía) drogas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
15	¿Qué tan a menudo se emborracha (emborrachaba) o se droga (drogaba) esta persona?	Diariamente 1 <input type="checkbox"/> Algunos días de la semana 2 <input type="checkbox"/> Solo en eventos sociales u ocasionalmente 3 <input type="checkbox"/>	Diariamente 1 <input type="checkbox"/> Algunos días de la semana 2 <input type="checkbox"/> Solo en eventos sociales u ocasionalmente 3 <input type="checkbox"/>
16	¿Su padre golpeaba a su madre?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
		<div>a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/></div> <div>b. Empujones 2 <input type="checkbox"/></div> <div>c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/></div> <div>d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/></div>	<div>a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/></div> <div>b. Empujones 2 <input type="checkbox"/></div> <div>c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/></div> <div>d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/></div>

9	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
10	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
11	Un años o más 1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>	Un años o más 1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>	Un años o más 1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/>
12	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. La(o) ha golpeado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. La(o) ha insultado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. La(o) ha controlado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. La(o) ha celado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Si todas las opciones son "No", pasea a 14</div>	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. La(o) ha golpeado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. La(o) ha insultado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. La(o) ha controlado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. La(o) ha celado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Si todas las opciones son "No", pasea a 14</div>	<div>Sí No 1 2</div> <div>a. La(o) ha golpeado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>b. La(o) ha insultado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>c. La(o) ha controlado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>d. La(o) ha celado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Si todas las opciones son "No", pasea a 14</div>
13	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Diaria 1 <input type="checkbox"/> Semanal 2 <input type="checkbox"/> Quincenal 3 <input type="checkbox"/> Mensual 4 <input type="checkbox"/> De vez en cuando 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
15	Diariamente 1 <input type="checkbox"/> Algunos días de la semana 2 <input type="checkbox"/> Solo en eventos sociales u ocasionalmente 3 <input type="checkbox"/>	Diariamente 1 <input type="checkbox"/> Algunos días de la semana 2 <input type="checkbox"/> Solo en eventos sociales u ocasionalmente 3 <input type="checkbox"/>	Diariamente 1 <input type="checkbox"/> Algunos días de la semana 2 <input type="checkbox"/> Solo en eventos sociales u ocasionalmente 3 <input type="checkbox"/>
16	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>
	<div>a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/></div> <div>b. Empujones 2 <input type="checkbox"/></div> <div>c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/></div> <div>d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/></div>	<div>a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/></div> <div>b. Empujones 2 <input type="checkbox"/></div> <div>c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/></div> <div>d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/></div>	<div>a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/></div> <div>b. Empujones 2 <input type="checkbox"/></div> <div>c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/></div> <div>d. Prohibiendo algo que le gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/></div>

17	¿Qué prácticas de disciplina utilizan (utilizaban) usualmente su padre y su madre (padrastro y madrastra)?	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>
		f. Privándolo de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándolo de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándolo de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándolo de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>
		g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>
		h. Dejándolo encerrado	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo encerrado	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo encerrado	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo encerrado	8	<input type="checkbox"/>
		i. Ignorándolo	9	<input type="checkbox"/>	i. Ignorándolo	9	<input type="checkbox"/>	i. Ignorándolo	9	<input type="checkbox"/>	i. Ignorándolo	9	<input type="checkbox"/>
		j. Poniéndole trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>	j. Poniéndole trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>	j. Poniéndole trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>	j. Poniéndole trabajo no adecuado	10	<input type="checkbox"/>
		k. Dejándolo por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>	k. Dejándolo por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>	k. Dejándolo por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>	k. Dejándolo por fuera de la casa	11	<input type="checkbox"/>
		l. Echándole agua	12	<input type="checkbox"/>	l. Echándole agua	12	<input type="checkbox"/>	l. Echándole agua	12	<input type="checkbox"/>	l. Echándole agua	12	<input type="checkbox"/>
		m. Escondiéndole la ropa	13	<input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole la ropa	13	<input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole la ropa	13	<input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole la ropa	13	<input type="checkbox"/>
		n. Quitándole las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>	n. Quitándole las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>	n. Quitándole las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>	n. Quitándole las pertenencias	14	<input type="checkbox"/>
		o. Quitándole el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>	o. Quitándole el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>	o. Quitándole el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>	o. Quitándole el apoyo económico	15	<input type="checkbox"/>
		p. Otra, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>	p. Otra, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>	p. Otra, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>	p. Otra, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>
18	¿Su actual o última pareja fue maltratada(o) en su infancia por parte de sus padres o padrastros?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>
19	¿Sabe Si el padre golpeaba a la madre de su actual o última pareja?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>	No responde	9	<input type="checkbox"/>
20	¿Tiene o tuvo hijos(as) no biológicos(as) o también llamados hijastros(as) o hijos(as) adoptivos(as)?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) , pase a 23. Si P1=2 (TIENE hijos), continúe. Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 23; de lo contrario pase a 33.		P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) , pase a 23. Si P1=2 (TIENE hijos), continúe. Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 23; de lo contrario pase a 33.		P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) , pase a 23. Si P1=2 (TIENE hijos), continúe. Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 23; de lo contrario pase a 33.		P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) , pase a 23. Si P1=2 (TIENE hijos), continúe. Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 23; de lo contrario pase a 33.		P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) , pase a 23. Si P1=2 (TIENE hijos), continúe. Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 23; de lo contrario pase a 33.		P1=2 o blanco (NO tiene hijos o no pasó por P1) , pase a 23. Si P1=2 (TIENE hijos), continúe. Si H24=1 (Ha tenido relaciones sexuales), pase a 23; de lo contrario pase a 33.	
		a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>	a. Palmadas	1	<input type="checkbox"/>
		b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>	b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>	b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>	b. Empujones	2	<input type="checkbox"/>
		c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal	3	<input type="checkbox"/>
		d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba)	4	<input type="checkbox"/>
		e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>	e. Con gritos	5	<input type="checkbox"/>
		f. Privándole(s) de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándole(s) de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándole(s) de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>	f. Privándole(s) de la alimentación	6	<input type="checkbox"/>
		g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos	7	<input type="checkbox"/>
		h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s	8	<input type="checkbox"/>

21	¿Qué prácticas de disciplina utiliza (utilizaba) usualmente con sus hijos(as), hijastros(as) o hijos(as) adoptivos(as)?	i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>	21	i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>
		j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>		j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>
		k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>		k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>
		l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>		l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>
		m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>		m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>
		n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>		n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>
		o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>		o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>
		p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>		p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>
22	¿Qué prácticas de disciplina utiliza (utilizaba) usualmente su pareja con sus hijos(as), hijastros(as) o hijos(as) adoptivos(as)?	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/>	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/>	22	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/>	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/>	a. Palmadas 1 <input type="checkbox"/>
		b. Empujones 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujones 2 <input type="checkbox"/>		b. Empujones 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujones 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujones 2 <input type="checkbox"/>
		c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/>		c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/>	c. Reprimenda verbal 3 <input type="checkbox"/>
		d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/>		d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/>	d. Prohibiendo algo que le(s) gusta(ba) 4 <input type="checkbox"/>
		e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/>	e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/>		e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/>	e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/>	e. Con gritos 5 <input type="checkbox"/>
		f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/>	f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/>		f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/>	f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/>	f. Privándola de la alimentación 6 <input type="checkbox"/>
		g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/>		g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/>	g. Golpes con objetos 7 <input type="checkbox"/>
		h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s 8 <input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s 8 <input type="checkbox"/>		h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s 8 <input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s 8 <input type="checkbox"/>	h. Dejándolo(a)s encerrado(a)s 8 <input type="checkbox"/>
		i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>		i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>	i. Ignorándolos(as) 9 <input type="checkbox"/>
		j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>		j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>	j. Poniéndoles trabajo no adecuado 10 <input type="checkbox"/>
		k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>		k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>	k. Dejándolo(a)s por fuera de la casa 11 <input type="checkbox"/>
		l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>		l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>	l. Echándole(s) agua 12 <input type="checkbox"/>
		m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>		m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>	m. Escondiéndole(s) la ropa 13 <input type="checkbox"/>
		n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>		n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>	n. Quitándole(s) las pertenencias 14 <input type="checkbox"/>
		o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>		o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>	o. Quitándole(s) el apoyo económico 15 <input type="checkbox"/>
		p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>		p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>	p. Otro, ¿cuál? 16 <input type="checkbox"/>
23	¿Alguna persona diferente a su actual o última pareja lo ha forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 25	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 25	23	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 25	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 25	Sí 1 <input type="checkbox"/> Pase a 25
		No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30		No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30	No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30

24	¿Alguna persona lo ha forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30
25	¿Esta situación se presentó en los últimos 12 meses?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
26	¿Quiere que hablemos de ese suceso?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30
27	¿Quién lo forzó físicamente a tener relaciones o actos sexuales? (si ha pasado más de una vez, solicítele que se refiera a la última)	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/> f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/> g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/> h. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/> i. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/> j. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/> k. Otro, ¿cuál? 11 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/> f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/> g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/> h. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/> i. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/> j. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/> k. Otro, ¿cuál? 11 <input type="checkbox"/>
28	¿En qué lugar ocurrió ese suceso? (si ha pasado más de una vez, solicítele que se refiera a la última)	Transporte público 1 <input type="checkbox"/> Calle 2 <input type="checkbox"/> Su casa 3 <input type="checkbox"/> Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> Mercado o almacén 5 <input type="checkbox"/> Reunión social 6 <input type="checkbox"/> Bar, discoteca o cantina 7 <input type="checkbox"/>  Trabajo 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Transporte público 1 <input type="checkbox"/> Calle 2 <input type="checkbox"/> Su casa 3 <input type="checkbox"/> Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> Mercado o almacén 5 <input type="checkbox"/> Reunión social 6 <input type="checkbox"/> Bar, discoteca o cantina 7 <input type="checkbox"/>  Trabajo 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>
29	¿Qué edad tenía cuando lo forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales?	Edad <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>
30	¿Alguna vez ha sido obligado a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 33	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 33
		a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>

24	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30
25	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
26	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 30
27	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/> f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/> g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/> h. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/> i. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/> j. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/> k. Otro, ¿cuál? 11 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/> f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/> g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/> h. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/> i. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/> j. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/> k. Otro, ¿cuál? 11 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/> f. Otra persona pariente suya 6 <input type="checkbox"/> g. Persona amiga 7 <input type="checkbox"/> h. Profesor(a) 8 <input type="checkbox"/> i. Jefe(a) 9 <input type="checkbox"/> j. Desconocido(a) 10 <input type="checkbox"/> k. Otro, ¿cuál? 11 <input type="checkbox"/>
28	Transporte público 1 <input type="checkbox"/> Calle 2 <input type="checkbox"/> Su casa 3 <input type="checkbox"/> Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> Mercado o almacén 5 <input type="checkbox"/> Reunión social 6 <input type="checkbox"/> Bar, discoteca o cantina 7 <input type="checkbox"/>  Trabajo 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Transporte público 1 <input type="checkbox"/> Calle 2 <input type="checkbox"/> Su casa 3 <input type="checkbox"/> Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> Mercado o almacén 5 <input type="checkbox"/> Reunión social 6 <input type="checkbox"/> Bar, discoteca o cantina 7 <input type="checkbox"/>  Trabajo 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>	Transporte público 1 <input type="checkbox"/> Calle 2 <input type="checkbox"/> Su casa 3 <input type="checkbox"/> Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> Mercado o almacén 5 <input type="checkbox"/> Reunión social 6 <input type="checkbox"/> Bar, discoteca o cantina 7 <input type="checkbox"/>  Trabajo 8 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>
29	Edad <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>
30	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 33	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 33	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 33
	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>	a. Madre o padre 1 <input type="checkbox"/> b. Madrastra o padrastro 2 <input type="checkbox"/> c. Hermano(a) 3 <input type="checkbox"/> d. Conocido(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Vecino(a) 5 <input type="checkbox"/>

31	¿Quién?	f. Otra persona pariente s 6 <input type="text"/> g. Persona amiga 7 <input type="text"/> h. Profesor 8 <input type="text"/> i. Jefe(a) 9 <input type="text"/> J. Desconocido(a) 10 <input type="text"/> K, Otro, ¿cuál? 11 <input type="text"/>	f. Otra persona pariente s 6 <input type="text"/> g. Persona amiga 7 <input type="text"/> h. Profesor 8 <input type="text"/> i. Jefe(a) 9 <input type="text"/> J. Desconocido(a) 10 <input type="text"/> K, Otro, ¿cuál? 11 <input type="text"/>
32	¿Qué edad tenía usted cuando lo forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales para obtener beneficios para otras personas?	Edad <input type="text"/> <input type="text"/>	Edad <input type="text"/> <input type="text"/>
33	¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en su vida?	<div><div>Sí No NS 1 2 9</div><div>a. ¿Lo han tocado o manoseado sin que usted quisiera? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>b. ¿Se ha sentido incómodo, desnudado o morboseado con la mirada? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>c. ¿Ha escuchado chistes, comentarios o conversaciones con contenido sexual no deseado o incómodo? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>d. ¿Alguien se mostró protector o protectora con usted y luego tuvo comportamientos sexuales que le molestaron o incomodaron? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>e. ¿Ha recibido insinuaciones, regalos o invitaciones con fines sexuales de manera insistente que le molesten o le generen incomodidad? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>Si todas las opciones son "No" proceda de la siguiente manera: Sí W2, W23, W24 y W30 todas son "No"; pase a 49, Si alguna es "Sí", pase a 35.</div></div> <div><div>Sí No NS 1 2 9</div><div>a. ¿Lo han tocado o manoseado sin que usted quisiera? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>b. ¿Se ha sentido incómodo, desnudado o morboseado con la mirada? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>c. ¿Ha escuchado chistes, comentarios o conversaciones con contenido sexual no deseado o incómodo? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>d. ¿Alguien se mostró protector o protectora con usted y luego tuvo comportamientos sexuales que le molestaron o incomodaron? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>e. ¿Ha recibido insinuaciones, regalos o invitaciones con fines sexuales de manera insistente que le molesten o le generen incomodidad? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></div><div>Si todas las opciones son "No" proceda de la siguiente manera: Sí W2, W23, W24 y W30 todas son "No"; pase a 49, Si alguna es "Sí", pase a 35.</div></div>	

34	¿En dónde ha sucedido esto?	a. Transporte público	1	<input type="checkbox"/>	a. Transporte público	1	<input type="checkbox"/>	a. Transporte público	1	<input type="checkbox"/>	a. Transporte público	1	<input type="checkbox"/>
		b. Calle	2	<input type="checkbox"/>	b. Calle	2	<input type="checkbox"/>	b. Calle	2	<input type="checkbox"/>	b. Calle	2	<input type="checkbox"/>
		c. Su casa	3	<input type="checkbox"/>	c. Su casa	3	<input type="checkbox"/>	c. Su casa	3	<input type="checkbox"/>	c. Su casa	3	<input type="checkbox"/>
		d. Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>	d. Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>	d. Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>	d. Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>
		e. Mercado o almacén	5	<input type="checkbox"/>	e. Mercado o almacén	5	<input type="checkbox"/>	e. Mercado o almacén	5	<input type="checkbox"/>	e. Mercado o almacén	5	<input type="checkbox"/>
		f. Reunión social	6	<input type="checkbox"/>	f. Reunión social	6	<input type="checkbox"/>	f. Reunión social	6	<input type="checkbox"/>	f. Reunión social	6	<input type="checkbox"/>
		g. Bar, discoteca o cantina	7	<input type="checkbox"/>	g. Bar, discoteca o cantina	7	<input type="checkbox"/>	g. Bar, discoteca o cantina	7	<input type="checkbox"/>	g. Bar, discoteca o cantina	7	<input type="checkbox"/>
		h. Trabajo	8	<input type="checkbox"/>	h. Trabajo	8	<input type="checkbox"/>	h. Trabajo	8	<input type="checkbox"/>	h. Trabajo	8	<input type="checkbox"/>
		i. Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>	i. Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>	i. Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>	i. Otro, ¿cuál?	9	<input type="checkbox"/>
		Sí W2, W23, W24 y W30= 2 (No); pase a 49, Si alguna es 2 (Sí), continúe				Sí W2, W23, W24 y W30= 2 (No); pase a 49, Si alguna es 2 (Sí), continúe				Sí W2, W23, W24 y W30= 2 (No); pase a 49, Si alguna es 2 (Sí), continúe			
35	¿Cuando ha sufrido de violencia, le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted? (Sí al menos una vez ha pedido ayuda por cualquiera de lo hechos, registre "Sí")	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	Pase a 37	No	2	<input type="checkbox"/>	Pase a 37	No	2	<input type="checkbox"/>	Pase a 37
		a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>	a. Madre o padre	1	<input type="checkbox"/>
		b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>	b. Madrastra o padrastro	2	<input type="checkbox"/>
		c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>	c. Pareja	3	<input type="checkbox"/>
		d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>	d. Expareja	4	<input type="checkbox"/>
		e. Otra persona pariente suya	5	<input type="checkbox"/>	e. Otra persona pariente suya	5	<input type="checkbox"/>	e. Otra persona pariente suya	5	<input type="checkbox"/>	e. Otra persona pariente suya	5	<input type="checkbox"/>
		f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>	f. Otra persona pariente de su pareja	6	<input type="checkbox"/>
		g. Amigo(a)	7	<input type="checkbox"/>	g. Amigo(a)	7	<input type="checkbox"/>	g. Amigo(a)	7	<input type="checkbox"/>	g. Amigo(a)	7	<input type="checkbox"/>
		h. Vecino(a)	8	<input type="checkbox"/>	h. Vecino(a)	8	<input type="checkbox"/>	h. Vecino(a)	8	<input type="checkbox"/>	h. Vecino(a)	8	<input type="checkbox"/>
		i. Profesor(a)	9	<input type="checkbox"/>	i. Profesor(a)	9	<input type="checkbox"/>	i. Profesor(a)	9	<input type="checkbox"/>	i. Profesor(a)	9	<input type="checkbox"/>
		j. Empleador(a)	10	<input type="checkbox"/>	j. Empleador(a)	10	<input type="checkbox"/>	j. Empleador(a)	10	<input type="checkbox"/>	j. Empleador(a)	10	<input type="checkbox"/>
		k. Otro, ¿cuál?	11	<input type="checkbox"/>	k. Otro, ¿cuál?	11	<input type="checkbox"/>	k. Otro, ¿cuál?	11	<input type="checkbox"/>	k. Otro, ¿cuál?	11	<input type="checkbox"/>
		Sí W2, W23, W24 y W30= 2 (No); pase a 49, Si alguna es 2 (Sí), continúe				Sí W2, W23, W24 y W30= 2 (No); pase a 49, Si alguna es 2 (Sí), continúe				Sí W2, W23, W24 y W30= 2 (No); pase a 49, Si alguna es 2 (Sí), continúe			
37	¿Cuando ha sufrido de violencia, ha acudido a alguna institución para buscar ayuda? (Sí al menos una vez ha pedido ayuda por cualquiera de lo hechos, registre "Sí")	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	Pase a 39	No	2	<input type="checkbox"/>	Pase a 39	No	2	<input type="checkbox"/>	Pase a 39
		a. Inspección de Policía	1	<input type="checkbox"/>	a. Inspección de Policía	1	<input type="checkbox"/>	a. Inspección de Policía	1	<input type="checkbox"/>	a. Inspección de Policía	1	<input type="checkbox"/>
		b. Comisaría de familia	2	<input type="checkbox"/>	b. Comisaría de familia	2	<input type="checkbox"/>	b. Comisaría de familia	2	<input type="checkbox"/>	b. Comisaría de familia	2	<input type="checkbox"/>
		c. Defensoría de familia	3	<input type="checkbox"/>	c. Defensoría de familia	3	<input type="checkbox"/>	c. Defensoría de familia	3	<input type="checkbox"/>	c. Defensoría de familia	3	<input type="checkbox"/>
		d. Fiscalía	4	<input type="checkbox"/>	d. Fiscalía	4	<input type="checkbox"/>	d. Fiscalía	4	<input type="checkbox"/>	d. Fiscalía	4	<input type="checkbox"/>
		e. Juzgado	5	<input type="checkbox"/>	e. Juzgado	5	<input type="checkbox"/>	e. Juzgado	5	<input type="checkbox"/>	e. Juzgado	5	<input type="checkbox"/>
		f. Institución de salud	6	<input type="checkbox"/>	f. Institución de salud	6	<input type="checkbox"/>	f. Institución de salud	6	<input type="checkbox"/>	f. Institución de salud	6	<input type="checkbox"/>
		g. Procuraduría	7	<input type="checkbox"/>	g. Procuraduría	7	<input type="checkbox"/>	g. Procuraduría	7	<input type="checkbox"/>	g. Procuraduría	7	<input type="checkbox"/>
		h. Personería municipal	8	<input type="checkbox"/>	h. Personería municipal	8	<input type="checkbox"/>	h. Personería municipal	8	<input type="checkbox"/>	h. Personería municipal	8	<input type="checkbox"/>
		i. Casa de la justicia	9	<input type="checkbox"/>	i. Casa de la justicia	9	<input type="checkbox"/>	i. Casa de la justicia	9	<input type="checkbox"/>	i. Casa de la justicia	9	<input type="checkbox"/>
		j. Defensoría del pueblo	10	<input type="checkbox"/>	j. Defensoría del pueblo	10	<input type="checkbox"/>	j. Defensoría del pueblo	10	<input type="checkbox"/>	j. Defensoría del pueblo	10	<input type="checkbox"/>
		Sí W2, W23, W24 y W30= 2 (No); pase a 49, Si alguna es 2 (Sí), continúe				Sí W2, W23, W24 y W30= 2 (No); pase a 49, Si alguna es 2 (Sí), continúe				Sí W2, W23, W24 y W30= 2 (No); pase a 49, Si alguna es 2 (Sí), continúe			

		k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/>	k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/>			k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/>	k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/>			k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/>	k. Secretaría de la mujer 11 <input type="checkbox"/>
		l. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	l. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>			l. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	l. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>			l. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	l. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>
39	¿Denunció la violencia? (Sí al menos una vez ha denunciado por cualquiera de lo hechos, registre "Sí")	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43	39	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43	39	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 43
40	¿Ante qué autoridad denunció la violencia?	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	40	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	40	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. Policía Nacional 1 <input type="checkbox"/> b. Comisaría de familia 2 <input type="checkbox"/> c. Fiscalía 3 <input type="checkbox"/> d. Juez municipal 4 <input type="checkbox"/> e. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>
41	¿Cuál fue el resultado del denuncia?	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. Lo citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/>  h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. Lo citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/>  h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	41	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. Lo citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/>  h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. Lo citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/>  h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. Lo citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/>  h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	41	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. Lo citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/>  h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. Capturaron al agresor 1 <input type="checkbox"/> b. Le prohibieron volver a entrar a la casa 2 <input type="checkbox"/> c. Le prohibieron acercarse 3 <input type="checkbox"/> d. No recibió sanción o no se presentó 4 <input type="checkbox"/> e. No cesó la violencia 5 <input type="checkbox"/> f. Aumentó la violencia 6 <input type="checkbox"/> g. Lo citaron a conciliación 7 <input type="checkbox"/>  h. Obligaron al agresor a acudir a tratamiento terapéutico 8 <input type="checkbox"/> i. Condenaron al agresor 9 <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	
42	¿Cuál fue la respuesta de las autoridades a las que Acudió?	a. Le dieron apoyo 1 <input type="checkbox"/> b. Le hicieron sentir culpable 2 <input type="checkbox"/> c. Creyeron en usted 3 <input type="checkbox"/> d. Le recomendaron quedarse callado 4 <input type="checkbox"/> e. Le animaron a denunciar 5 <input type="checkbox"/> f. Se aliaron con el(la) agresor(a) 6 <input type="checkbox"/> g. Pensaron que usted estaba mintiendo 7 <input type="checkbox"/> h. Le presionaron para conciliar 8 <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Pase a 44	a. Le dieron apoyo 1 <input type="checkbox"/> b. Le hicieron sentir culpable 2 <input type="checkbox"/> c. Creyeron en usted 3 <input type="checkbox"/> d. Le recomendaron quedarse callado 4 <input type="checkbox"/> e. Le animaron a denunciar 5 <input type="checkbox"/> f. Se aliaron con el(la) agresor(a) 6 <input type="checkbox"/> g. Pensaron que usted estaba mintiendo 7 <input type="checkbox"/> h. Le presionaron para conciliar 8 <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Pase a 44	42	a. Le dieron apoyo 1 <input type="checkbox"/> b. Le hicieron sentir culpable 2 <input type="checkbox"/> c. Creyeron en usted 3 <input type="checkbox"/> d. Le recomendaron quedarse callado 4 <input type="checkbox"/> e. Le animaron a denunciar 5 <input type="checkbox"/> f. Se aliaron con el(la) agresor(a) 6 <input type="checkbox"/> g. Pensaron que usted estaba mintiendo 7 <input type="checkbox"/> h. Le presionaron para conciliar 8 <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Pase a 44	a. Le dieron apoyo 1 <input type="checkbox"/> b. Le hicieron sentir culpable 2 <input type="checkbox"/> c. Creyeron en usted 3 <input type="checkbox"/> d. Le recomendaron quedarse callado 4 <input type="checkbox"/> e. Le animaron a denunciar 5 <input type="checkbox"/> f. Se aliaron con el(la) agresor(a) 6 <input type="checkbox"/> g. Pensaron que usted estaba mintiendo 7 <input type="checkbox"/> h. Le presionaron para conciliar 8 <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Pase a 44	a. Le dieron apoyo 1 <input type="checkbox"/> b. Le hicieron sentir culpable 2 <input type="checkbox"/> c. Creyeron en usted 3 <input type="checkbox"/> d. Le recomendaron quedarse callado 4 <input type="checkbox"/> e. Le animaron a denunciar 5 <input type="checkbox"/> f. Se aliaron con el(la) agresor(a) 6 <input type="checkbox"/> g. Pensaron que usted estaba mintiendo 7 <input type="checkbox"/> h. Le presionaron para conciliar 8 <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Pase a 44	a. Le dieron apoyo 1 <input type="checkbox"/> b. Le hicieron sentir culpable 2 <input type="checkbox"/> c. Creyeron en usted 3 <input type="checkbox"/> d. Le recomendaron quedarse callado 4 <input type="checkbox"/> e. Le animaron a denunciar 5 <input type="checkbox"/> f. Se aliaron con el(la) agresor(a) 6 <input type="checkbox"/> g. Pensaron que usted estaba mintiendo 7 <input type="checkbox"/> h. Le presionaron para conciliar 8 <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Pase a 44	42	a. Le dieron apoyo 1 <input type="checkbox"/> b. Le hicieron sentir culpable 2 <input type="checkbox"/> c. Creyeron en usted 3 <input type="checkbox"/> d. Le recomendaron quedarse callado 4 <input type="checkbox"/> e. Le animaron a denunciar 5 <input type="checkbox"/> f. Se aliaron con el(la) agresor(a) 6 <input type="checkbox"/> g. Pensaron que usted estaba mintiendo 7 <input type="checkbox"/> h. Le presionaron para conciliar 8 <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Pase a 44	a. Le dieron apoyo 1 <input type="checkbox"/> b. Le hicieron sentir culpable 2 <input type="checkbox"/> c. Creyeron en usted 3 <input type="checkbox"/> d. Le recomendaron quedarse callado 4 <input type="checkbox"/> e. Le animaron a denunciar 5 <input type="checkbox"/> f. Se aliaron con el(la) agresor(a) 6 <input type="checkbox"/> g. Pensaron que usted estaba mintiendo 7 <input type="checkbox"/> h. Le presionaron para conciliar 8 <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Pase a 44

43	¿Cuáles son las razones por las que usted no ha denunciado a la persona que le hizo daño?	a. No sabe a dónde ir 1 <input type="checkbox"/> b. Vergüenza y humillación 2 <input type="checkbox"/> c. Es parte de la vida (normal) 3 <input type="checkbox"/> d. Siente que merece el abuso 4 <input type="checkbox"/> e. Miedo de divorcio o separación 5 <input type="checkbox"/> f. Miedo a represalias 6 <input type="checkbox"/> g. Siente que los daños no fueron fuertes 7 <input type="checkbox"/> h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió 8 <input type="checkbox"/> i. Cree que puede resolverlo solo 9 <input type="checkbox"/> j. No cree en la justicia 10 <input type="checkbox"/> k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar 11 <input type="checkbox"/> l. Piensa que no va a volver a ocurrir 12 <input type="checkbox"/> m. Todavía quiere a la persona que lo agredió 13 <input type="checkbox"/> n. Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	a. No sabe a dónde ir 1 <input type="checkbox"/> b. Vergüenza y humillación 2 <input type="checkbox"/> c. Es parte de la vida (normal) 3 <input type="checkbox"/> d. Siente que merece el abuso 4 <input type="checkbox"/> e. Miedo de divorcio o separación 5 <input type="checkbox"/> f. Miedo a represalias 6 <input type="checkbox"/> g. Siente que los daños no fueron fuertes 7 <input type="checkbox"/> h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió 8 <input type="checkbox"/> i. Cree que puede resolverlo solo 9 <input type="checkbox"/> j. No cree en la justicia 10 <input type="checkbox"/> k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar 11 <input type="checkbox"/> l. Piensa que no va a volver a ocurrir 12 <input type="checkbox"/> m. Todavía quiere a la persona que lo agredió 13 <input type="checkbox"/> n. Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>
44	¿Alguna vez recibió atención de un profesional de la salud cuando sufrió algún tipo de violencia? (Si Ha recibido una atención o más, registre "Sí")	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 49	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 49
45	¿Por parte de quién recibió ayuda profesional?	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Trabajador(a) social 3 <input type="checkbox"/> d. Psicólogo(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Trabajador(a) social 3 <input type="checkbox"/> d. Psicólogo(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
		Sí No NS 1 2 9 a. Se le realizó una atención de urgencias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS 1 2 9 a. Se le realizó una atención de urgencias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

43	a. No sabe a dónde ir 1 <input type="checkbox"/> b. Vergüenza y humillación 2 <input type="checkbox"/> c. Es parte de la vida (normal) 3 <input type="checkbox"/> d. Siente que merece el abuso 4 <input type="checkbox"/> e. Miedo de divorcio o separación 5 <input type="checkbox"/> f. Miedo a represalias 6 <input type="checkbox"/> g. Siente que los daños no fueron fuertes 7 <input type="checkbox"/> h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió 8 <input type="checkbox"/> i. Cree que puede resolverlo solo 9 <input type="checkbox"/> j. No cree en la justicia 10 <input type="checkbox"/> k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar 11 <input type="checkbox"/> l. Piensa que no va a volver a ocurrir 12 <input type="checkbox"/> m. Todavía quiere a la persona que lo agredió 13 <input type="checkbox"/> n. Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	a. No sabe a dónde ir 1 <input type="checkbox"/> b. Vergüenza y humillación 2 <input type="checkbox"/> c. Es parte de la vida (normal) 3 <input type="checkbox"/> d. Siente que merece el abuso 4 <input type="checkbox"/> e. Miedo de divorcio o separación 5 <input type="checkbox"/> f. Miedo a represalias 6 <input type="checkbox"/> g. Siente que los daños no fueron fuertes 7 <input type="checkbox"/> h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió 8 <input type="checkbox"/> i. Cree que puede resolverlo solo 9 <input type="checkbox"/> j. No cree en la justicia 10 <input type="checkbox"/> k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar 11 <input type="checkbox"/> l. Piensa que no va a volver a ocurrir 12 <input type="checkbox"/> m. Todavía quiere a la persona que lo agredió 13 <input type="checkbox"/> n. Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	a. No sabe a dónde ir 1 <input type="checkbox"/> b. Vergüenza y humillación 2 <input type="checkbox"/> c. Es parte de la vida (normal) 3 <input type="checkbox"/> d. Siente que merece el abuso 4 <input type="checkbox"/> e. Miedo de divorcio o separación 5 <input type="checkbox"/> f. Miedo a represalias 6 <input type="checkbox"/> g. Siente que los daños no fueron fuertes 7 <input type="checkbox"/> h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió 8 <input type="checkbox"/> i. Cree que puede resolverlo solo 9 <input type="checkbox"/> j. No cree en la justicia 10 <input type="checkbox"/> k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar 11 <input type="checkbox"/> l. Piensa que no va a volver a ocurrir 12 <input type="checkbox"/> m. Todavía quiere a la persona que lo agredió 13 <input type="checkbox"/> n. Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>	a. No sabe a dónde ir 1 <input type="checkbox"/> b. Vergüenza y humillación 2 <input type="checkbox"/> c. Es parte de la vida (normal) 3 <input type="checkbox"/> d. Siente que merece el abuso 4 <input type="checkbox"/> e. Miedo de divorcio o separación 5 <input type="checkbox"/> f. Miedo a represalias 6 <input type="checkbox"/> g. Siente que los daños no fueron fuertes 7 <input type="checkbox"/> h. No quiere hacer daño a la persona que la agredió 8 <input type="checkbox"/> i. Cree que puede resolverlo solo 9 <input type="checkbox"/> j. No cree en la justicia 10 <input type="checkbox"/> k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar 11 <input type="checkbox"/> l. Piensa que no va a volver a ocurrir 12 <input type="checkbox"/> m. Todavía quiere a la persona que lo agredió 13 <input type="checkbox"/> n. Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/>
44	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 49	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 49	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 49	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 49
45	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Trabajador(a) social 3 <input type="checkbox"/> d. Psicólogo(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Trabajador(a) social 3 <input type="checkbox"/> d. Psicólogo(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Trabajador(a) social 3 <input type="checkbox"/> d. Psicólogo(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	a. Médico(a) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermero(a) 2 <input type="checkbox"/> c. Trabajador(a) social 3 <input type="checkbox"/> d. Psicólogo(a) 4 <input type="checkbox"/> e. Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
	Sí No NS 1 2 9 a. Se le realizó una atención de urgencias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS 1 2 9 a. Se le realizó una atención de urgencias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS 1 2 9 a. Se le realizó una atención de urgencias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS 1 2 9 a. Se le realizó una atención de urgencias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



46	Como resultado de esta atención, a usted:	b. ¿Se le realizó atención a su salud física pero no en urgencias? c. Se realizó atención en su salud mental? d. ¿Le iniciaron un tratamiento?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b. ¿Se le realizó atención a su salud física pero no en urgencias? c. Se realizó atención en su salud mental? d. ¿Le iniciaron un tratamiento?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																
47	Cuando fué a consulta médica o al centro de salud como resultado de la violencia, ¿usted recibió información sobre las medidas de protección como prohibir al agresor cualquier acercamiento, brindar protección policial, brindar protección del patrimonio, garantizar la seguridad en la vivienda o brindar un lugar seguro, entre otras?	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	47	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>																														
48	Cuando fué a consulta médica o al centro de salud como resultado de la violencia, ¿usted recibió información sobre la obligatoriedad que tiene la institución de salud de dar aviso a las autoridades judiciales?	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	48	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>	Sí 1 <input type="text"/> No 2 <input type="text"/>																														
49	Sabía que en caso de ser víctima de cualquier tipo de violencia de género, tiene derecho a:	<table><tr><td>Sí</td><td>No</td><td>NS</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado? b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas? c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita? d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?	Sí	No	NS	1	2	9	<table><tr><td>Sí</td><td>No</td><td>NS</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado? b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas? c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita? d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?	Sí	No	NS	1	2	9	49	<table><tr><td>Sí</td><td>No</td><td>NS</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado? b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas? c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita? d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?	Sí	No	NS	1	2	9	<table><tr><td>Sí</td><td>No</td><td>NS</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado? b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas? c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita? d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?	Sí	No	NS	1	2	9	<table><tr><td>Sí</td><td>No</td><td>NS</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> a. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado? b. Acceder a los mecanismos de protección y atención para usted y sus hijos e hijas? c. Recibir exámenes y tratamientos para trauma físico y emocional de manera gratuita? d. ¿Decidir Si quiere ser confrontada con el(la) agresor(a) en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo?	Sí	No	NS	1	2	9
Sí	No	NS																																			
1	2	9																																			
Sí	No	NS																																			
1	2	9																																			
Sí	No	NS																																			
1	2	9																																			
Sí	No	NS																																			
1	2	9																																			
Sí	No	NS																																			
1	2	9																																			

50	Por favor dígame Si está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases:	En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo	1 2 3	a. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	c. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	d. A veces está bien que los hombres golpeen a sus parejas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	f. Una buena esposa obedece a su esposo siempre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g. Una mujer puede escoger sus amistades a unque a su pareja n o le guste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo	1 2 3	a. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	c. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	d. A veces está bien que los hombres golpeen a sus parejas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	f. Una buena esposa obedece a su esposo siempre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g. Una mujer puede escoger sus amistades a unque a su pareja n o le guste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

50		En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo	1 2 3	a. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	c. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	d. A veces está bien que los hombres golpeen a sus parejas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	f. Una buena esposa obedece a su esposo siempre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g. Una mujer puede escoger sus amistades a unque a su pareja n o le guste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo	1 2 3	a. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	c. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	d. A veces está bien que los hombres golpeen a sus parejas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	f. Una buena esposa obedece a su esposo siempre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g. Una mujer puede escoger sus amistades a unque a su pareja n o le guste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

51	Frente a la percepción que tiene sobre el amor, ¿está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su pareja</div> <div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer a su pareja</div> <div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación</div> <div>d. En una sana relación amorosa hay cosas que no necesariamente el otro debe saber de</div> <div>e. Es normal sentir celos cuando se ama a alguien</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su pareja</div> <div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer a su pareja</div> <div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación</div> <div>d. En una sana relación amorosa hay cosas que no necesariamente el otro debe saber de</div> <div>e. Es normal sentir celos cuando se ama a alguien</div>
52	Si alguno de sus amigos golpea a una mujer, ¿usted:	<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>a. Interviene en ese momento?</div> <div>b. ¿Habla con él después?</div> <div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?</div>	<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>a. Interviene en ese momento?</div> <div>b. ¿Habla con él después?</div> <div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?</div>
51		<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su pareja</div> <div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer a su pareja</div> <div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación</div> <div>d. En una sana relación amorosa hay cosas que no necesariamente el otro debe saber de</div> <div>e. Es normal sentir celos cuando se ama a alguien</div>	<div>En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo</div> <div>a. Quien ama de verdad, invierte gran parte de sus pensamientos, dinero y tiempo en tratar de ayudar a su pareja</div> <div>b. Para mantener el amor, hay que estar dispuestos a sacrificarse y esforzarse cada vez más para complacer a su pareja</div> <div>c. El amor todo lo puede, por eso todo debe ser perdonado en la relación</div> <div>d. En una sana relación amorosa hay cosas que no necesariamente el otro debe saber de</div> <div>e. Es normal sentir celos cuando se ama a alguien</div>
52		<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>a. Interviene en ese momento?</div> <div>b. ¿Habla con él después?</div> <div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?</div>	<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>a. Interviene en ese momento?</div> <div>b. ¿Habla con él después?</div> <div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?</div>

		<div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div>	<div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div>
53	Sí ve a un hombre desconocido golpeando a una mujer ¿usted:	<div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>a. Interviene en ese momento?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>b. ¿Habla con él después?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>Pase a capítulo Y</div></div>	<div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>a. Interviene en ese momento?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>b. ¿Habla con él después?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>Pase a capítulo Y</div></div>

		<div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div>	<div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div>
53		<div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>a. Interviene en ese momento?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>b. ¿Habla con él después?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>Pase a capítulo Y</div></div>	<div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>a. Interviene en ese momento?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>b. ¿Habla con él después?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>Pase a capítulo Y</div></div>

		<div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div>	<div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div>
		<div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>a. Interviene en ese momento?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>b. ¿Habla con él después?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>Pase a capítulo Y</div></div>	<div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>a. Interviene en ese momento?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>b. ¿Habla con él después?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>c. ¿Hace de cuenta que no es con usted?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>d. ¿Llama a la policía?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?<div><div></div><div></div><div></div></div></div><div>Pase a capítulo Y</div></div>

CAPÍTULO X. DETECCIÓN TEMPRANA DE cáncer - MUJERES (para mujeres de 13 a 69 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Este último capítulo busca información sobre conocimiento de ciertos tipos de cáncer que afectan a las mujeres como el cáncer de seno, así como de los distintos métodos de detección temprana			
1	¿Ha oído hablar sobre un virus, que se puede transmitir por vía sexual y que está relacionado con el cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer conocido como el Virus del Papiloma Humano - VPH?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<19 años, continúe, Si D3>= 19 años pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<19 años, continúe, Si D3>= 19 años pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5
2	¿Se ha vacunado contra el virus de papiloma humano?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 4	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 4
3	¿Cuántas dosis de la vacuna de virus de papiloma humano le han colocado?	Una dosis 1 <input type="checkbox"/> Dos dosis 2 <input type="checkbox"/> Tres dosis 3 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Una dosis 1 <input type="checkbox"/> Dos dosis 2 <input type="checkbox"/> Tres dosis 3 <input type="checkbox"/> Pase a 5
4	¿Cuál es la razón principal por la que no se ha vacunado?	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>
5	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales vaginales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO X. DETECCIÓN TEMPRANA DE cáncer - MUJERES (para mujeres de 13 a 69 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Este último capítulo busca información sobre conocimiento de ciertos tipos de cáncer que afectan a las mujeres como el cáncer de seno, así como de los distintos métodos de detección temprana				
1	¿Ha oído hablar sobre un virus, que se puede transmitir por vía sexual y que está relacionado con el cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer conocido como el Virus del Papiloma Humano - VPH?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<19 años, continúe, Si D3>= 19 años pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<19 años, continúe, Si D3>= 19 años pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<19 años, continúe, Si D3>= 19 años pase a 5 No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5
2	¿Se ha vacunado contra el virus de papiloma humano?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 4	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 4	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 4
3	¿Cuántas dosis de la vacuna de virus de papiloma humano le han colocado?	Una dosis 1 <input type="checkbox"/> Dos dosis 2 <input type="checkbox"/> Tres dosis 3 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Una dosis 1 <input type="checkbox"/> Dos dosis 2 <input type="checkbox"/> Tres dosis 3 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Una dosis 1 <input type="checkbox"/> Dos dosis 2 <input type="checkbox"/> Tres dosis 3 <input type="checkbox"/> Pase a 5
4	¿Cuál es la razón principal por la que no se ha vacunado?	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 5 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 6 <input type="checkbox"/> No está afiliada 7 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 8 <input type="checkbox"/> No le parece importante 9 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 10 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 11 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 12 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 13 <input type="checkbox"/>
5	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales vaginales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

6	¿A usted le han hecho cirugía para extirparle el útero total o parcialmente?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años, termine; Si D3>=21 años, pase a 23 No 2 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años termine; Si D3>=21 años continúe	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años, termine; Si D3>=21 años, pase a 23 No 2 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años termine; Si D3>=21 años continúe
7	¿Ha oído hablar del cáncer de cuello uterino?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9
8	¿Qué puede hacer una mujer para prevenir el cáncer de cuello uterino?	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. No fumar 2 <input type="checkbox"/> c. Usar condón o preservativos al tener relaciones sexuales 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/>	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. No fumar 2 <input type="checkbox"/> c. Usar condón o preservativos al tener relaciones sexuales 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/>
9	¿Ha oído hablar acerca de alguna de las siguientes pruebas de detección:  (El cuello del útero es una estructura que se encuentra en el fondo vagina)	<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>Un exámen en el que la mujer se acuesta boca arriba con las piernas separadas, luego un trabajador de la salud recoge una muestra del cuello uterino para su análisis, a esto se le conoce como <i>ritinoloxía</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Prueba de Virus de Papiloma Humano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>La aplicación de dos sustancias en el cuello uterino con el fin de identificar lesiones sospechosas de precáncer, conocida como Inspección visual con ácido acético <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Sí todas las respuestas son "NO" o "NS", pase a 23</div>	<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>Un exámen en el que la mujer se acuesta boca arriba con las piernas separadas, luego un trabajador de la salud recoge una muestra del cuello uterino para su análisis, a esto se le conoce como <i>ritinoloxía</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Prueba de Virus de Papiloma Humano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>La aplicación de dos sustancias en el cuello uterino con el fin de identificar lesiones sospechosas de precáncer, conocida como Inspección visual con ácido acético <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Sí todas las respuestas son "NO" o "NS", pase a 23</div>

6	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años, termine; Si D3>=21 años, pase a 23 No 2 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años termine; Si D3>=21 años continúe	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años, termine; Si D3>=21 años, pase a 23 No 2 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años termine; Si D3>=21 años continúe	Sí 1 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años, termine; Si D3>=21 años, pase a 23 No 2 <input type="checkbox"/> Si D3<21 años termine; Si D3>=21 años continúe	
7	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	
8	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. No fumar 2 <input type="checkbox"/> c. Usar condón o preservativos al tener relaciones sexuales 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/>	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. No fumar 2 <input type="checkbox"/> c. Usar condón o preservativos al tener relaciones sexuales 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/>	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. No fumar 2 <input type="checkbox"/> c. Usar condón o preservativos al tener relaciones sexuales 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/>	
9	<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>Un exámen en el que la mujer se acuesta boca arriba con las piernas separadas, luego un trabajador de la salud recoge una muestra del cuello uterino para su análisis, a esto se le conoce como <i>ritinoloxía</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Prueba de Virus de Papiloma Humano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>La aplicación de dos sustancias en el cuello uterino con el fin de identificar lesiones sospechosas de precáncer, conocida como Inspección visual con ácido acético <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Sí todas las respuestas son "NO" o "NS", pase a 23</div>	<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>Un exámen en el que la mujer se acuesta boca arriba con las piernas separadas, luego un trabajador de la salud recoge una muestra del cuello uterino para su análisis, a esto se le conoce como <i>ritinoloxía</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Prueba de Virus de Papiloma Humano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>La aplicación de dos sustancias en el cuello uterino con el fin de identificar lesiones sospechosas de precáncer, conocida como Inspección visual con ácido acético <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Sí todas las respuestas son "NO" o "NS", pase a 23</div>	<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>Un exámen en el que la mujer se acuesta boca arriba con las piernas separadas, luego un trabajador de la salud recoge una muestra del cuello uterino para su análisis, a esto se le conoce como <i>ritinoloxía</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Prueba de Virus de Papiloma Humano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>La aplicación de dos sustancias en el cuello uterino con el fin de identificar lesiones sospechosas de precáncer, conocida como Inspección visual con ácido acético <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Sí todas las respuestas son "NO" o "NS", pase a 23</div>	<div>Sí No NS 1 2 9</div> <div>Un exámen en el que la mujer se acuesta boca arriba con las piernas separadas, luego un trabajador de la salud recoge una muestra del cuello uterino para su análisis, a esto se le conoce como <i>ritinoloxía</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Prueba de Virus de Papiloma Humano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>La aplicación de dos sustancias en el cuello uterino con el fin de identificar lesiones sospechosas de precáncer, conocida como Inspección visual con ácido acético <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>Sí todas las respuestas son "NO" o "NS", pase a 23</div>

10	¿Cómo se enteró acerca de la existencia de estas pruebas?	<div><div>a. Un(a) profesional de la salud1</div><div>b. EPS o IPS2</div><div>c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación3</div><div>d. Institución educativa4</div><div>e. Amigos(as) o familiares5</div><div>f. Otro, ¿cuál? _____6</div><div>g. No sabe, no recuerda9</div></div>	<div><div>a. Un(a) profesional de la salud1</div><div>b. EPS o IPS2</div><div>c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación3</div><div>d. Institución educativa4</div><div>e. Amigos(as) o familiares5</div><div>f. Otro, ¿cuál? _____6</div><div>g. No sabe, no recuerda9</div></div>
11	Para su entender, ¿Por qué es importante o para qué sirve realizarse la citología, prueba de VPH o la inspección visual?	<div><div>Para detectar tempranamente una enfermedad o cáncer del cuello uterino y recibir tratamiento1</div><div>Otra, ¿cuál? _____2</div><div>No sabe9</div></div>	<div><div>Para detectar tempranamente una enfermedad o cáncer del cuello uterino y recibir tratamiento1</div><div>Otra, ¿cuál? _____2</div><div>No sabe9</div></div>
12	¿Sabe con qué frecuencia debería realizarse alguna de las pruebas de detección temprana de cáncer de cuello uterino?	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>
13	¿Sabe que una mujer tiene derecho a solicitar una prueba para detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino a su EPS?	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>
14	¿Alguna vez un trabajador de la salud le ha realizado alguna de las siguientes pruebas para detección de cáncer de cuello uterino?	<div><div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>Citología</div><div>Prueba de Virus de Papiloma Humano</div><div>Inspección visual con ácido acético</div><div>Si ninguna respuesta es "Sí", pase a 22</div></div></div>	<div><div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>Citología</div><div>Prueba de Virus de Papiloma Humano</div><div>Inspección visual con ácido acético</div><div>Si ninguna respuesta es "Sí", pase a 22</div></div></div>
15	¿Cuándo se realizó su última prueba para la detección temprana de cáncer de cuello uterino?	<div><div>Menos de 1 año1</div><div>Entre 1 y menos de 3 años2</div><div>Entre 3 y 5 años3</div><div>Más de 5 años4</div></div>	<div><div>Menos de 1 año1</div><div>Entre 1 y menos de 3 años2</div><div>Entre 3 y 5 años3</div><div>Más de 5 años4</div></div>

10	<div><div>a. Un(a) profesional de la salud1</div><div>b. EPS o IPS2</div><div>c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación3</div><div>d. Institución educativa4</div><div>e. Amigos(as) o familiares5</div><div>f. Otro, ¿cuál? _____6</div><div>g. No sabe, no recuerda9</div></div>	<div><div>a. Un(a) profesional de la salud1</div><div>b. EPS o IPS2</div><div>c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación3</div><div>d. Institución educativa4</div><div>e. Amigos(as) o familiares5</div><div>f. Otro, ¿cuál? _____6</div><div>g. No sabe, no recuerda9</div></div>	<div><div>a. Un(a) profesional de la salud1</div><div>b. EPS o IPS2</div><div>c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación3</div><div>d. Institución educativa4</div><div>e. Amigos(as) o familiares5</div><div>f. Otro, ¿cuál? _____6</div><div>g. No sabe, no recuerda9</div></div>
11	<div><div>Para detectar tempranamente una enfermedad o cáncer del cuello uterino y recibir tratamiento1</div><div>Otra, ¿cuál? _____2</div><div>No sabe9</div></div>	<div><div>Para detectar tempranamente una enfermedad o cáncer del cuello uterino y recibir tratamiento1</div><div>Otra, ¿cuál? _____2</div><div>No sabe9</div></div>	<div><div>Para detectar tempranamente una enfermedad o cáncer del cuello uterino y recibir tratamiento1</div><div>Otra, ¿cuál? _____2</div><div>No sabe9</div></div>
12	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>
13	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>	<div><div>Sí1</div><div>No2</div></div>
14	<div><div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>Citología</div><div>Prueba de Virus de Papiloma Humano</div><div>Inspección visual con ácido acético</div><div>Si ninguna respuesta es "Sí", pase a 22</div></div></div>	<div><div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>Citología</div><div>Prueba de Virus de Papiloma Humano</div><div>Inspección visual con ácido acético</div><div>Si ninguna respuesta es "Sí", pase a 22</div></div></div>	<div><div><div>SíNoNS</div><div>129</div><div>Citología</div><div>Prueba de Virus de Papiloma Humano</div><div>Inspección visual con ácido acético</div><div>Si ninguna respuesta es "Sí", pase a 22</div></div></div>
15	<div><div>Menos de 1 año1</div><div>Entre 1 y menos de 3 años2</div><div>Entre 3 y 5 años3</div><div>Más de 5 años4</div></div>	<div><div>Menos de 1 año1</div><div>Entre 1 y menos de 3 años2</div><div>Entre 3 y 5 años3</div><div>Más de 5 años4</div></div>	<div><div>Menos de 1 año1</div><div>Entre 1 y menos de 3 años2</div><div>Entre 3 y 5 años3</div><div>Más de 5 años4</div></div>

16	¿Usted reclamó o le entregaron inmediatamente el resultado de su última prueba para detección temprana de cáncer de cuello uterino?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Pase a 23
17	¿Cuál fue el resultado de su última prueba para detección temprana de cáncer de cuello uterino?	Normal 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 Anormal 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 19	Normal 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 Anormal 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 19
18	¿Tuvo usted que hacer alguna visita de seguimiento a causa del resultado de su última prueba?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
19	¿Para usted que significa que alguna de las pruebas de detección temprana de cáncer de cuello uterino sea anormal o que salió mal?	Que la mujer tiene cáncer 1 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de cáncer 2 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene precancer 3 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de precancer 4 <input type="checkbox"/> Que se la tiene que repetir 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Que la mujer tiene cáncer 1 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de cáncer 2 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene precancer 3 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de precancer 4 <input type="checkbox"/> Que se la tiene que repetir 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
20	¿Qué cree usted que debe hacer una mujer cuando el resultado de una prueba de detección temprana de cáncer de cuello uterino es anormal?	Tratamiento del cáncer 1 <input type="checkbox"/> Tratamiento del precáncer 2 <input type="checkbox"/> Hacer otros estudios adicionales para saber Si requiere tratamiento 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Tratamiento del cáncer 1 <input type="checkbox"/> Tratamiento del precáncer 2 <input type="checkbox"/> Hacer otros estudios adicionales para saber Si requiere tratamiento 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23
		Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/>

16	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 21 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Pase a 23
17	Normal 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 Anormal 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 19	Normal 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 Anormal 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 19	Normal 1 <input type="checkbox"/> Pase a 19 Anormal 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 19
18	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
19	Que la mujer tiene cáncer 1 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de cáncer 2 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene precancer 3 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de precancer 4 <input type="checkbox"/> Que se la tiene que repetir 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Que la mujer tiene cáncer 1 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de cáncer 2 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene precancer 3 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de precancer 4 <input type="checkbox"/> Que se la tiene que repetir 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>	Que la mujer tiene cáncer 1 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de cáncer 2 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene precancer 3 <input type="checkbox"/> Que la mujer tiene sospecha de precancer 4 <input type="checkbox"/> Que se la tiene que repetir 5 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/>
20	Tratamiento del cáncer 1 <input type="checkbox"/> Tratamiento del precáncer 2 <input type="checkbox"/> Hacer otros estudios adicionales para saber Si requiere tratamiento 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Tratamiento del cáncer 1 <input type="checkbox"/> Tratamiento del precáncer 2 <input type="checkbox"/> Hacer otros estudios adicionales para saber Si requiere tratamiento 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Tratamiento del cáncer 1 <input type="checkbox"/> Tratamiento del precáncer 2 <input type="checkbox"/> Hacer otros estudios adicionales para saber Si requiere tratamiento 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> No sabe 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23
	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/>



21	¿Cuál es la principal razón por la que no reclamó el resultado de la prueba para la detección temprana de cáncer de cuello uterino?	No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Pase a 23	No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Pase a 23
22	¿Cuál es la razón principal por la que no se ha realizado pruebas o controles para detección temprana de cáncer uterino?	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>
23	¿Ha oído hablar del cáncer de seno?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26
24	¿Qué puede hacer una mujer para detectar tempranamente el cáncer de seno?	a. Practicarse el autoexamen de seno 1 <input type="checkbox"/> b. Practicarse la mamografía 2 <input type="checkbox"/> Asistir al examen clínico de seno 3 <input type="checkbox"/> d. Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. Nada 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe 6 <input type="checkbox"/>	a. Practicarse el autoexamen de seno 1 <input type="checkbox"/> b. Practicarse la mamografía 2 <input type="checkbox"/> Asistir al examen clínico de seno 3 <input type="checkbox"/> d. Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. Nada 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe 6 <input type="checkbox"/>

21	No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Pase a 23	No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Pase a 23	No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Pase a 23
22	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 15 <input type="checkbox"/>
23	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 26
24	a. Practicarse el autoexamen de seno 1 <input type="checkbox"/> b. Practicarse la mamografía 2 <input type="checkbox"/> Asistir al examen clínico de seno 3 <input type="checkbox"/> d. Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. Nada 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe 6 <input type="checkbox"/>	a. Practicarse el autoexamen de seno 1 <input type="checkbox"/> b. Practicarse la mamografía 2 <input type="checkbox"/> Asistir al examen clínico de seno 3 <input type="checkbox"/> d. Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. Nada 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe 6 <input type="checkbox"/>	a. Practicarse el autoexamen de seno 1 <input type="checkbox"/> b. Practicarse la mamografía 2 <input type="checkbox"/> Asistir al examen clínico de seno 3 <input type="checkbox"/> d. Otra, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. Nada 5 <input type="checkbox"/> f. No sabe 6 <input type="checkbox"/>

25	¿Sabe con qué frecuencia debería realizarse alguna de las pruebas de detección temprana de cáncer de seno?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
26	¿Sabe que la mujer se puede realizar una palpación detallada de sus senos, para detectar masas, protuberancias o alguna alteración de estos? A esto se le conoce como autoexamen de seno	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 32	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 32
27	¿Se ha hecho este autoexamen?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31
28	¿Dónde aprendió o quién le enseñó a realizarse el autoexamen de seno?	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
29	¿Con qué frecuencia se realiza usted el autoexamen de seno?	Cada mes 1 <input type="checkbox"/> Cada seis meses 2 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>	Cada mes 1 <input type="checkbox"/> Cada seis meses 2 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>
30	¿En qué momento del ciclo menstrual se realiza usted el autoexamen de seno?	Después de la menstruación 1 <input type="checkbox"/> Antes de la llegada de la menstruación 2 <input type="checkbox"/> Durante la menstruación 3 <input type="checkbox"/> En cualquier momento 4 <input type="checkbox"/> Ya no menstrua, lo hace en cualquier momento 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Después de la menstruación 1 <input type="checkbox"/> Antes de la llegada de la menstruación 2 <input type="checkbox"/> Durante la menstruación 3 <input type="checkbox"/> En cualquier momento 4 <input type="checkbox"/> Ya no menstrua, lo hace en cualquier momento 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
		No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/>	No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/>

25	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
26	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 32	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 32	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 32
27	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 31
28	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
29	Cada mes 1 <input type="checkbox"/> Cada seis meses 2 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>	Cada mes 1 <input type="checkbox"/> Cada seis meses 2 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>	Cada mes 1 <input type="checkbox"/> Cada seis meses 2 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/>
30	Después de la menstruación 1 <input type="checkbox"/> Antes de la llegada de la menstruación 2 <input type="checkbox"/> Durante la menstruación 3 <input type="checkbox"/> En cualquier momento 4 <input type="checkbox"/> Ya no menstrua, lo hace en cualquier momento 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Después de la menstruación 1 <input type="checkbox"/> Antes de la llegada de la menstruación 2 <input type="checkbox"/> Durante la menstruación 3 <input type="checkbox"/> En cualquier momento 4 <input type="checkbox"/> Ya no menstrua, lo hace en cualquier momento 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Después de la menstruación 1 <input type="checkbox"/> Antes de la llegada de la menstruación 2 <input type="checkbox"/> Durante la menstruación 3 <input type="checkbox"/> En cualquier momento 4 <input type="checkbox"/> Ya no menstrua, lo hace en cualquier momento 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
	No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/>	No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/>	No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/>

31	¿Cuál es la razón principal por la que no se ha realizado el autoexamen de seno?	No sabe cómo hacerlo 4 <input type="checkbox"/> Lo hace el médico en la revisión anual de ginecología 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	No sabe cómo hacerlo 4 <input type="checkbox"/> Lo hace el médico en la revisión anual de ginecología 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
32	¿En alguna consulta médica o ginecológica le han examinado los senos para buscar o detectar alteraciones? Esto es conocido como examen clínico de seno	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Si tiene menos de 40 años, termine; Si tiene 40 o más pase a 36	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/> } Si tiene menos de 40 años, termine; Si tiene 40 o más pase a 36
33	¿Hace cuánto tiempo le hicieron su último examen clínico de seno?	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
34	¿Por qué razón le hicieron examen clínico de seno?	Tenía síntomas en los senos 1 <input type="checkbox"/> Chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma 2 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Tenía síntomas en los senos 1 <input type="checkbox"/> Chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma 2 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
35	¿Usted solicitó que le realizaran el último examen de seno o un profesional de salud lo recomendó?	Solicitud propia 1 <input type="checkbox"/> Solicitud profesional de la salud 2 <input type="checkbox"/> Si D3<40 años termine; Si D3≥40 años continúe	Solicitud propia 1 <input type="checkbox"/> Solicitud profesional de la salud 2 <input type="checkbox"/> Si D3<40 años termine; Si D3≥40 años continúe
36	¿Sabe usted que existe un examen de rayos X para detectar el cáncer de seno en donde cada seno se coloca en una superficie y se comprime? A este examen se le llama mamografía	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine
37	¿Cómo se enteró acerca de la mamografía?	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 7 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 7 <input type="checkbox"/>

38	¿Sabe que una mujer tiene derecho a solicitar la mamografía a su EPS?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
39	¿Alguna vez le han hecho a una mamografía?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 46	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 46
39A	¿En qué sitio tuvo lugar la mamografía?	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>  Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> <hr/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>  Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> <hr/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>
39B	¿Usted tuvo que pagar por la realización del examen?	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliada 1 <input type="checkbox"/>  Sí, lo pagó de su bolsillo 2 <input type="checkbox"/> Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden 3 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliada 1 <input type="checkbox"/>  Sí, lo pagó de su bolsillo 2 <input type="checkbox"/> Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden 3 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
40	¿Por qué razón le hicieron la mamografía?	Tenía síntomas en los se 1 <input type="checkbox"/> Chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma 2 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Tenía síntomas en los se 1 <input type="checkbox"/> Chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma 2 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
41	¿Hace cuánto tiempo le hicieron la última mamografía?	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
42	¿Con qué frecuencia se hace usted la mamografía de chequeo?	Una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Dos veces al año 2 <input type="checkbox"/> Cada dos años 3 <input type="checkbox"/> Se la ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Dos veces al año 2 <input type="checkbox"/> Cada dos años 3 <input type="checkbox"/> Se la ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>

38	¿Sabe que una mujer tiene derecho a solicitar la mamografía a su EPS?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
39	¿Alguna vez le han hecho a una mamografía?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 46	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 46	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 46
39A	¿En qué sitio tuvo lugar la mamografía?	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>  Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> <hr/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>  Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> <hr/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud 1 <input type="checkbox"/>  Clínica privada 2 <input type="checkbox"/> IPS/Centro de salud de su EPS 3 <input type="checkbox"/> Consultorio de médico particular 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/> <hr/> No sabe, no responde 9 <input type="checkbox"/>
39B	¿Usted tuvo que pagar por la realización del examen?	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliada 1 <input type="checkbox"/>  Sí, lo pagó de su bolsillo 2 <input type="checkbox"/> Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden 3 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliada 1 <input type="checkbox"/>  Sí, lo pagó de su bolsillo 2 <input type="checkbox"/> Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden 3 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliada 1 <input type="checkbox"/>  Sí, lo pagó de su bolsillo 2 <input type="checkbox"/> Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden 3 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
40	¿Por qué razón le hicieron la mamografía?	Tenía síntomas en los se 1 <input type="checkbox"/> Chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma 2 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Tenía síntomas en los se 1 <input type="checkbox"/> Chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma 2 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Tenía síntomas en los se 1 <input type="checkbox"/> Chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma 2 <input type="checkbox"/>  No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
41	¿Hace cuánto tiempo le hicieron la última mamografía?	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
42	¿Con qué frecuencia se hace usted la mamografía de chequeo?	Una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Dos veces al año 2 <input type="checkbox"/> Cada dos años 3 <input type="checkbox"/> Se la ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Dos veces al año 2 <input type="checkbox"/> Cada dos años 3 <input type="checkbox"/> Se la ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Dos veces al año 2 <input type="checkbox"/> Cada dos años 3 <input type="checkbox"/> Se la ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>

43	¿Usted reclamó el resultado de la última mamografía?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Termine
44	¿Cuál fue el resultado de la última mamografía?	Normal 1 <input type="checkbox"/> Termine Anormal 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47 No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Normal 1 <input type="checkbox"/> Termine Anormal 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47 No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
45	¿Por qué no reclamó el resultado de la última mamografía?	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Termine	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Termine
46	¿Cuál es la razón principal por la cual no se ha hecho la mamografía?	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/>

43	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 45 Aún no se la han entregado 3 <input type="checkbox"/> Termine
44	Normal 1 <input type="checkbox"/> Termine Anormal 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47 No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Normal 1 <input type="checkbox"/> Termine Anormal 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47 No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Normal 1 <input type="checkbox"/> Termine Anormal 2 <input type="checkbox"/> Pase a 47 No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
45	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Termine	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Termine	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo saber los resultados 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No le parece importante 8 <input type="checkbox"/> No sabe dónde debe reclamarlos 9 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 10 <input type="checkbox"/> No cree en los resultado o no conoce su utilidad 11 <input type="checkbox"/> Se sintió maltratada u ofendida durante el examen 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 14 <input type="checkbox"/> Termine
46	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/>

		No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/> Termine	No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/> Termine		No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/> Termine	No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/> Termine	No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/> Termine
47	¿Le han ordenado o practicado alguna vez una punción del seno con una aguja gruesa para sacar un pedazo de tejido? Esto es llamado Biopsia del seno	Sí, se ordenaron y se la hicieron 1 <input type="checkbox"/> Termine Sí, se la ordenaron pero no se la hicieron 2 <input type="checkbox"/> No se la ordenaron, ni se la hicieron 3 <input type="checkbox"/> Termine No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Termine	Sí, se ordenaron y se la hicieron 1 <input type="checkbox"/> Termine Sí, se la ordenaron pero no se la hicieron 2 <input type="checkbox"/> No se la ordenaron, ni se la hicieron 3 <input type="checkbox"/> Termine No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Termine	47	Sí, se ordenaron y se la hicieron 1 <input type="checkbox"/> Termine Sí, se la ordenaron pero no se la hicieron 2 <input type="checkbox"/> No se la ordenaron, ni se la hicieron 3 <input type="checkbox"/> Termine No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Termine	Sí, se ordenaron y se la hicieron 1 <input type="checkbox"/> Termine Sí, se la ordenaron pero no se la hicieron 2 <input type="checkbox"/> No se la ordenaron, ni se la hicieron 3 <input type="checkbox"/> Termine No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Termine	Sí, se ordenaron y se la hicieron 1 <input type="checkbox"/> Termine Sí, se la ordenaron pero no se la hicieron 2 <input type="checkbox"/> No se la ordenaron, ni se la hicieron 3 <input type="checkbox"/> Termine No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Termine
48	¿Cuál fue la principal razón por la cual no le hicieron la biopsia?	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/>	48	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/> Le da pena 5 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 6 <input type="checkbox"/> Son demasiados trámites 7 <input type="checkbox"/> No está afiliada 8 <input type="checkbox"/> No tiene dinero 9 <input type="checkbox"/> No le parece importante 10 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven 11 <input type="checkbox"/> Descuido o pereza 12 <input type="checkbox"/> No le dan permiso en el trabajo 13 <input type="checkbox"/> Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos 14 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ 15 <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO Y. DETECCIÓN TEMPRANA DE cáncer - HOMBRES (para hombres de 13 a 75 años)			
		Persona orden 01	Persona orden 02
Nombre			
Apellidos			
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Este último capítulo busca información sobre conocimiento de ciertos tipos de cáncer que afectan a los hombres como el cáncer de próstata, así como de los distintos métodos de detección temprana			
1	¿Ha oído hablar sobre un virus, que se puede transmitir por vía sexual y que está relacionado con el cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer conocido como el Virus del Papiloma Humano - VPH?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, pase a 3 * Si tiene 36 a 49 años, termine * Si tiene 50 años o más, pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, pase a 3 * Si tiene 36 a 49 años, termine * Si tiene 50 años o más, pase a 12
2	¿Qué puede hacer un hombre para disminuir el riesgo de contraer el Virus del Papiloma Humano (VPH)?	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. Usar condón o preservativo al tener relaciones sexuales 2 <input type="checkbox"/> c. Tener una pareja sexual est. 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, continúe. * Si tiene entre 36 y 49 años, termine. * Si tiene 50 años o más pase a 12	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. Usar condón o preservativo al tener relaciones sexuales 2 <input type="checkbox"/> c. Tener una pareja sexual es 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, continúe. * Si tiene entre 36 y 49 años, termine. * Si tiene 50 años o más pase a 12
3	¿Ha oído hablar del cáncer de testículo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5
4	¿Qué puede hacer un hombre para detectar tempranamente el cáncer de testículo?	a. Autoexamen una vez al año 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (dolor) 2 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> d. No sabe 9 <input type="checkbox"/>	a. Autoexamen una vez al año 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (dolor) 1 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> d. No sabe 9 <input type="checkbox"/>
5	¿Sabe que el hombre se puede realizar una palpación detallada de sus testículos, para detectar masas o anomalías? A esto se le conoce como autoexamen de testículo y ayuda a la detección temprana de cáncer de testículo	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine
6	¿Sabe que un hombre tiene derecho a solicitar consulta médica para la detección temprana de cáncer de testículo a su EPS?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
7	¿Alguna vez se ha realizado el autoexamen de testículo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11

CAPÍTULO Y. DETECCIÓN TEMPRANA DE cáncer - HOMBRES (para hombres de 13 a 75 años)				
		Persona orden 03	Persona orden 04	Persona orden 05
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
Este último capítulo busca información sobre conocimiento de ciertos tipos de cáncer que afectan a los hombres como el cáncer de próstata, así como de los distintos métodos de detección temprana				
1	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, pase a 3 * Si tiene 36 a 49 años, termine * Si tiene 50 años o más, pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, pase a 3 * Si tiene 36 a 49 años, termine * Si tiene 50 años o más, pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, pase a 3 * Si tiene 36 a 49 años, termine * Si tiene 50 años o más, pase a 12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, pase a 3 * Si tiene 36 a 49 años, termine * Si tiene 50 años o más, pase a 12
2	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. Usar condón o preservativo al tener relaciones sexuales 2 <input type="checkbox"/> c. Tener una pareja sexual es 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, continúe. * Si tiene entre 36 y 49 años, termine. * Si tiene 50 años o más pase a 12	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. Usar condón o preservativo al tener relaciones sexuales 2 <input type="checkbox"/> c. Tener una pareja sexual esta 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, continúe. * Si tiene entre 36 y 49 años, termine. * Si tiene 50 años o más pase a 12	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. Usar condón o preservativo al tener relaciones sexuales 2 <input type="checkbox"/> c. Tener una pareja sexual esta 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, continúe. * Si tiene entre 36 y 49 años, termine. * Si tiene 50 años o más pase a 12	a. Vacunarse contra el VPH 1 <input type="checkbox"/> b. Usar condón o preservativo al tener relaciones sexuales 2 <input type="checkbox"/> c. Tener una pareja sexual est 3 <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿cuál? 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 5 <input type="checkbox"/> * Si tiene menos de 35 años, continúe. * Si tiene entre 36 y 49 años, termine. * Si tiene 50 años o más pase a 12
3	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5
4	a. Autoexamen una vez al año 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (dolor) 1 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> d. No sabe 9 <input type="checkbox"/>	a. Autoexamen una vez al año 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (dolor) 1 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> d. No sabe 9 <input type="checkbox"/>	a. Autoexamen una vez al año 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (dolor) 1 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> d. No sabe 9 <input type="checkbox"/>	a. Autoexamen una vez al año 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (dolor) 1 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> d. No sabe 9 <input type="checkbox"/>
5	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine
6	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
7	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11

8	¿Dónde aprendió o quién le enseñó a realizarse el autoexamen de testículo?	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 7 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 7 <input type="checkbox"/>
9	¿Con qué frecuencia se ha realizado el autoexamen de testículo?	Varias veces al año 1 <input type="checkbox"/> Una vez al año 2 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 3 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Varias veces al año 1 <input type="checkbox"/> Una vez al año 2 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 3 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
10	¿Después del autoexamen de testículo ha quedado con alguna preocupación que lo ha llevado a consultar al médico?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine
11	¿Cuál es la razón principal por la que no se ha realizado el autoexamen de testículo?	No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo 4 <input type="checkbox"/> Lo hace el médico en la revisión periódica 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo 4 <input type="checkbox"/> Lo hace el médico en la revisión periódica 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
12	¿Ha oído hablar del cáncer de próstata?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14
13	¿Qué puede hacer un hombre para detectar tempranamente el cáncer de próstata?	a. Prueba de detección (antígeno o tacto) 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (reducción en el calibre del chorro o el flujo de la orina) 2 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/> d. Nada 4 <input type="checkbox"/> e. No sabe 9 <input type="checkbox"/>	a. Prueba de detección (antígeno o tacto) 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (reducción en el calibre del chorro o el flujo de la orina) 1 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> d. Nada 2 <input type="checkbox"/> e. No sabe 9 <input type="checkbox"/>
14	¿Ha oído hablar sobre el procedimiento en donde un profesional de la salud, inserta un dedo enguantado y lubricado por el recto de un hombre para palpar su próstata, determinar su tamaño y sentir si hay bultos u otras anomalías? A esto se le conoce como tacto rectal	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23

8	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 7 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 7 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 4 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 5 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 7 <input type="checkbox"/>
9	Varias veces al año 1 <input type="checkbox"/> Una vez al año 2 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 3 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Varias veces al año 1 <input type="checkbox"/> Una vez al año 2 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 3 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>	Varias veces al año 1 <input type="checkbox"/> Una vez al año 2 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 3 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho solo una vez 4 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 5 <input type="checkbox"/>
10	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Termine
11	No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo 4 <input type="checkbox"/> Lo hace el médico en la revisión periódica 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo 4 <input type="checkbox"/> Lo hace el médico en la revisión periódica 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	No tiene tiempo 1 <input type="checkbox"/> Le da miedo 2 <input type="checkbox"/> No le parece importante 3 <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo 4 <input type="checkbox"/> Lo hace el médico en la revisión periódica 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
12	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14
13	a. Prueba de detección (antígeno o tacto) 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (reducción en el calibre del chorro o el flujo de la orina) 1 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> d. Nada 2 <input type="checkbox"/> e. No sabe 9 <input type="checkbox"/>	a. Prueba de detección (antígeno o tacto) 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (reducción en el calibre del chorro o el flujo de la orina) 1 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> d. Nada 2 <input type="checkbox"/> e. No sabe 9 <input type="checkbox"/>	a. Prueba de detección (antígeno o tacto) 1 <input type="checkbox"/> b. Consultar al médico en caso de síntomas (reducción en el calibre del chorro o el flujo de la orina) 1 <input type="checkbox"/> c. Otra, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> d. Nada 2 <input type="checkbox"/> e. No sabe 9 <input type="checkbox"/>
14	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 23



15	¿Cómo se enteró acerca del tacto rectal?	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 5 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 6 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 5 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 6 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
16	¿Sabe ud. con qué frecuencia debería asistir a un examen de tacto rectal?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
17	¿Sabe que tiene derecho a solicitar pruebas de detección temprana de cáncer de próstata?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
18	¿Alguna vez un profesional de la salud le ha hecho el tacto rectal?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22
19	¿Hace cuánto tiempo le hicieron el último tacto rectal?	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No sabe o no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
20	¿Con qué frecuencia le han practicado el tacto rectal?	Más de una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Cada año 2 <input type="checkbox"/> Cada 2 años 3 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 4 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho sólo una vez 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Más de una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Cada año 2 <input type="checkbox"/> Cada 2 años 3 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 4 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho sólo una vez 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
21	¿Cuál fue el resultado del último tacto rectal?	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 2 <input type="checkbox"/> El médico no le comentó los resultados 3 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 2 <input type="checkbox"/> El médico no le comentó los resultados 3 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23
		Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>

15	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 5 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 6 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 5 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 6 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud 1 <input type="checkbox"/> b. EPS o IPS 2 <input type="checkbox"/> c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> d. Institución educativa 5 <input type="checkbox"/> e. Amigos(as) o familiares 6 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/> g. No sabe, no recuerda 9 <input type="checkbox"/>
16	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
17	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
18	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 22
19	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 3 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 5 años 4 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/>
20	Más de una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Cada año 2 <input type="checkbox"/> Cada 2 años 3 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 4 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho sólo una vez 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Más de una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Cada año 2 <input type="checkbox"/> Cada 2 años 3 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 4 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho sólo una vez 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Más de una vez al año 1 <input type="checkbox"/> Cada año 2 <input type="checkbox"/> Cada 2 años 3 <input type="checkbox"/> Cada 3 años 4 <input type="checkbox"/> Se lo ha hecho sólo una vez 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>
21	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 2 <input type="checkbox"/> El médico no le comentó los resultados 3 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 2 <input type="checkbox"/> El médico no le comentó los resultados 3 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 2 <input type="checkbox"/> El médico no le comentó los resultados 3 <input type="checkbox"/> No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Pase a 23
	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo 2 <input type="checkbox"/> Le da miedo 3 <input type="checkbox"/> No le gusta ir al hospital o centro médico 4 <input type="checkbox"/>

22	¿Cuál es la razón principal por la cual nunca se ha hecho el tacto rectal?	Le da pena	5	<input type="checkbox"/>	Le da pena	5	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde prestan el servicio	6	<input type="checkbox"/>	No sabe dónde prestan el servicio	6	<input type="checkbox"/>
		Son demasiados trámites	7	<input type="checkbox"/>	Son demasiados trámites	7	<input type="checkbox"/>
		No está afiliado	8	<input type="checkbox"/>	No está afiliado	8	<input type="checkbox"/>
		No tiene dinero	9	<input type="checkbox"/>	No tiene dinero	9	<input type="checkbox"/>
		No le parece importante	10	<input type="checkbox"/>	No le parece importante	10	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven	11	<input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven	11	<input type="checkbox"/>
		Descuido o pereza	12	<input type="checkbox"/>	Descuido o pereza	12	<input type="checkbox"/>
		No le dan permiso en el trabajo	13	<input type="checkbox"/>	No le dan permiso en el trabajo	13	<input type="checkbox"/>
		El médico no se lo ha sugerido u ordenado	14	<input type="checkbox"/>	El médico no se lo ha sugerido u ordenado	14	<input type="checkbox"/>
		Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos	15	<input type="checkbox"/>	Cosmovisión, usos o costumbres propios para pueblos étnicos	15	<input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	16	<input type="checkbox"/>
23	¿Sabe usted que hay un examen de sangre que sirve para saber cómo está la próstata y que se llama antígeno prostático?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> Termine	No	2	<input type="checkbox"/> Termine
24	¿Cómo se enteró acerca del antígeno prostático?	a. Un(a) profesional de la salud	1	<input type="checkbox"/>	a. Un(a) profesional de la salud	1	<input type="checkbox"/>
		b. EPS o IPS	2	<input type="checkbox"/>	b. EPS o IPS	2	<input type="checkbox"/>
		c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación	3	<input type="checkbox"/>	c. Radio, televisión, folletos, redes sociales u otro medio de comunicación	3	<input type="checkbox"/>
		d. Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>	d. Institución educativa	4	<input type="checkbox"/>
		e. Amigos(as) o familiares	5	<input type="checkbox"/>	e. Amigos(as) o familiares	5	<input type="checkbox"/>
		f. Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál?	6	<input type="checkbox"/>
		g. No sabe, no recuerda	9	<input type="checkbox"/>	g. No sabe, no recuerda	9	<input type="checkbox"/>
		Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
25	¿Alguna vez le han hecho un examen de antígeno prostático?	No	2	<input type="checkbox"/> Pase a 31	No	2	<input type="checkbox"/> Pase a 31
		No recuerda	9	<input type="checkbox"/> Termine	No recuerda	9	<input type="checkbox"/> Termine
25A	¿En qué sitio tuvo lugar el examen?	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>	Hospital, centro o puesto público de salud	1	<input type="checkbox"/>
		Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>	Clínica privada	2	<input type="checkbox"/>
		IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>	IPS/Centro de salud de su EPS	3	<input type="checkbox"/>
		Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>	Consultorio de médico particular	4	<input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?	5	<input type="checkbox"/>
		No sabe, no responde	9	<input type="checkbox"/>	No sabe, no responde	9	<input type="checkbox"/>

25B	¿Usted tuvo que pagar por la realización del examen?	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliado	1	<input type="checkbox"/>	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliado	1	<input type="checkbox"/>
		Sí, lo pagó de su bolsillo	2	<input type="checkbox"/>	Sí, lo pagó de su bolsillo	2	<input type="checkbox"/>
		Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden	3	<input type="checkbox"/>	Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden	3	<input type="checkbox"/>
		No sabe o no recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No sabe o no recuerda	9	<input type="checkbox"/>
26	¿Hace cuánto tiempo le hicieron el último examen de antígeno prostático?	Menos de 1 año	1	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año	1	<input type="checkbox"/>
		Entre 1 y menos de 3 años	2	<input type="checkbox"/>	Entre 1 y menos de 3 años	2	<input type="checkbox"/>
		Entre 3 y 5 años	3	<input type="checkbox"/>	Entre 3 y 5 años	3	<input type="checkbox"/>
		Más de 5 años	4	<input type="checkbox"/>	Más de 5 años	4	<input type="checkbox"/>
		No sabe o no recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>
27	¿Con qué frecuencia le han hecho el examen de antígeno prostático?	Más de una vez al año	1	<input type="checkbox"/>	Más de una vez al año	1	<input type="checkbox"/>
		Cada año	2	<input type="checkbox"/>	Cada año	2	<input type="checkbox"/>
		Cada 2 años	3	<input type="checkbox"/>	Cada 2 años	3	<input type="checkbox"/>
		Cada 3 años	4	<input type="checkbox"/>	Cada 3 años	4	<input type="checkbox"/>
		Se lo ha hecho sólo una vez	5	<input type="checkbox"/>	Se lo ha hecho sólo una vez	5	<input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="checkbox"/>
28	¿Usted reclamó el resultado del último examen de antígeno prostático?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		Aún no se la han entregado	3	<input type="checkbox"/>	Aún no se la han entregado	3	<input type="checkbox"/>
29	¿Cuál fue el resultado del último examen de antígeno prostático?	Normal	1	<input type="checkbox"/>	Normal	1	<input type="checkbox"/>
		Anormal	2	<input type="checkbox"/>	Anormal	2	<input type="checkbox"/>
		No recuerda	3	<input type="checkbox"/>	No recuerda	3	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>
30	¿Cuál es la principal razón por la que no reclamó el resultado del último examen de antígeno prostático?	Queda lejos o es difícil de llegar	1	<input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar	1	<input type="checkbox"/>
		No tiene tiempo	2	<input type="checkbox"/>	No tiene tiempo	2	<input type="checkbox"/>
		Le da miedo saber los resultados	3	<input type="checkbox"/>	Le da miedo saber los resultados	3	<input type="checkbox"/>
		No le gusta ir al hospital o centro médico	4	<input type="checkbox"/>	No le gusta ir al hospital o centro médico	4	<input type="checkbox"/>
		Le da pena	5	<input type="checkbox"/>	Le da pena	5	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven	6	<input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven	6	<input type="checkbox"/>
		Son demasiados trámites	7	<input type="checkbox"/>	Son demasiados trámites	7	<input type="checkbox"/>
		No le parece importante	8	<input type="checkbox"/>	No le parece importante	8	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde debe reclamarlos	9	<input type="checkbox"/>	No sabe dónde debe reclamarlos	9	<input type="checkbox"/>
		Descuido o pereza	10	<input type="checkbox"/>	Descuido o pereza	10	<input type="checkbox"/>
		No cree en los resultado o no conoce su utilidad	11	<input type="checkbox"/>	No cree en los resultado o no conoce su utilidad	11	<input type="checkbox"/>

25B	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliado	1	<input type="checkbox"/>	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliado	1	<input type="checkbox"/>	No, fue cubierto por la entidad a la que está afiliado	1	<input type="checkbox"/>	
		Sí, lo pagó de su bolsillo	2	<input type="checkbox"/>	Sí, lo pagó de su bolsillo	2	<input type="checkbox"/>	Sí, lo pagó de su bolsillo	2	<input type="checkbox"/>
		Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden	3	<input type="checkbox"/>	Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden	3	<input type="checkbox"/>	Pagó la cuota moderadora o de recuperación que a veces piden	3	<input type="checkbox"/>
		No sabe o no recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No sabe o no recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No sabe o no recuerda	9	<input type="checkbox"/>
26	Menos de 1 año	1	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año	1	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año	1	<input type="checkbox"/>	
		Entre 1 y menos de 3 años	2	<input type="checkbox"/>	Entre 1 y menos de 3 años	2	<input type="checkbox"/>	Entre 1 y menos de 3 años	2	<input type="checkbox"/>
		Entre 3 y 5 años	3	<input type="checkbox"/>	Entre 3 y 5 años	3	<input type="checkbox"/>	Entre 3 y 5 años	3	<input type="checkbox"/>
		Más de 5 años	4	<input type="checkbox"/>	Más de 5 años	4	<input type="checkbox"/>	Más de 5 años	4	<input type="checkbox"/>
		No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>	No recuerda	9	<input type="checkbox"/>
27	Más de una vez al año	1	<input type="checkbox"/>	Más de una vez al año	1	<input type="checkbox"/>	Más de una vez al año	1	<input type="checkbox"/>	
		Cada año	2	<input type="checkbox"/>	Cada año	2	<input type="checkbox"/>	Cada año	2	<input type="checkbox"/>
		Cada 2 años	3	<input type="checkbox"/>	Cada 2 años	3	<input type="checkbox"/>	Cada 2 años	3	<input type="checkbox"/>
		Cada 3 años	4	<input type="checkbox"/>	Cada 3 años	4	<input type="checkbox"/>	Cada 3 años	4	<input type="checkbox"/>
		Se lo ha hecho sólo una vez	5	<input type="checkbox"/>	Se lo ha hecho sólo una vez	5	<input type="checkbox"/>	Se lo ha hecho sólo una vez	5	<input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="checkbox"/>
28	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>	No	2	<input type="checkbox"/>
		Aún no se la han entregado	3	<input type="checkbox"/>	Aún no se la han entregado	3	<input type="checkbox"/>	Aún no se la han entregado	3	<input type="checkbox"/>
29	Normal	1	<input type="checkbox"/>	Normal	1	<input type="checkbox"/>	Normal	1	<input type="checkbox"/>	
		Anormal	2	<input type="checkbox"/>	Anormal	2	<input type="checkbox"/>	Anormal	2	<input type="checkbox"/>
		No recuerda	3	<input type="checkbox"/>	No recuerda	3	<input type="checkbox"/>	No recuerda	3	<input type="checkbox"/>
		No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>	No sabe	9	<input type="checkbox"/>
30	Queda lejos o es difícil de llegar	1	<input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar	1	<input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar	1	<input type="checkbox"/>	
		No tiene tiempo	2	<input type="checkbox"/>	No tiene tiempo	2	<input type="checkbox"/>	No tiene tiempo	2	<input type="checkbox"/>
		Le da miedo saber los resultados	3	<input type="checkbox"/>	Le da miedo saber los resultados	3	<input type="checkbox"/>	Le da miedo saber los resultados	3	<input type="checkbox"/>
		No le gusta ir al hospital o centro médico	4	<input type="checkbox"/>	No le gusta ir al hospital o centro médico	4	<input type="checkbox"/>	No le gusta ir al hospital o centro médico	4	<input type="checkbox"/>
		Le da pena	5	<input type="checkbox"/>	Le da pena	5	<input type="checkbox"/>	Le da pena	5	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven	6	<input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven	6	<input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven	6	<input type="checkbox"/>
		Son demasiados trámites	7	<input type="checkbox"/>	Son demasiados trámites	7	<input type="checkbox"/>	Son demasiados trámites	7	<input type="checkbox"/>
		No le parece importante	8	<input type="checkbox"/>	No le parece importante	8	<input type="checkbox"/>	No le parece importante	8	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde debe reclamarlos	9	<input type="checkbox"/>	No sabe dónde debe reclamarlos	9	<input type="checkbox"/>	No sabe dónde debe reclamarlos	9	<input type="checkbox"/>
		Descuido o pereza	10	<input type="checkbox"/>	Descuido o pereza	10	<input type="checkbox"/>	Descuido o pereza	10	<input type="checkbox"/>
		No cree en los resultado o no conoce su utilidad	11	<input type="checkbox"/>	No cree en los resultado o no conoce su utilidad	11	<input type="checkbox"/>	No cree en los resultado o no conoce su utilidad	11	<input type="checkbox"/>

		Se sintió maltratado u ofendido durante el examen12 <input type="checkbox"/>	Se sintió maltratado u ofendido durante el examen12 <input type="checkbox"/>		Se sintió maltratado u ofendido durante el examen12 <input type="checkbox"/>	Se sintió maltratado u ofendido durante el examen12 <input type="checkbox"/>	Se sintió maltratado u ofendido durante el examen12 <input type="checkbox"/>
		No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>	No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>		No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>	No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>	No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>		Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>
		Termine	Termine		Termine	Termine	Termine
31	¿Cuál es la razón principal por la cual nunca se ha hecho un examen de antígeno prostático?	Queda lejos o es difícil de llegar1 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar1 <input type="checkbox"/>	31	Queda lejos o es difícil de llegar1 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar1 <input type="checkbox"/>	Queda lejos o es difícil de llegar1 <input type="checkbox"/>
		No tiene tiempo2 <input type="checkbox"/>	No tiene tiempo2 <input type="checkbox"/>		No tiene tiempo2 <input type="checkbox"/>	No tiene tiempo2 <input type="checkbox"/>	No tiene tiempo2 <input type="checkbox"/>
		Le da miedo3 <input type="checkbox"/>	Le da miedo3 <input type="checkbox"/>		Le da miedo3 <input type="checkbox"/>	Le da miedo3 <input type="checkbox"/>	Le da miedo3 <input type="checkbox"/>
		No le gusta ir al hospital o centro médico4 <input type="checkbox"/>	No le gusta ir al hospital o centro médico4 <input type="checkbox"/>		No le gusta ir al hospital o centro médico4 <input type="checkbox"/>	No le gusta ir al hospital o centro médico4 <input type="checkbox"/>	No le gusta ir al hospital o centro médico4 <input type="checkbox"/>
		Le da pena5 <input type="checkbox"/>	Le da pena5 <input type="checkbox"/>		Le da pena5 <input type="checkbox"/>	Le da pena5 <input type="checkbox"/>	Le da pena5 <input type="checkbox"/>
		No sabe dónde prestan el servicio6 <input type="checkbox"/>	No sabe dónde prestan el servicio6 <input type="checkbox"/>		No sabe dónde prestan el servicio6 <input type="checkbox"/>	No sabe dónde prestan el servicio6 <input type="checkbox"/>	No sabe dónde prestan el servicio6 <input type="checkbox"/>
		Son demasiados trámites7 <input type="checkbox"/>	Son demasiados trámites7 <input type="checkbox"/>		Son demasiados trámites7 <input type="checkbox"/>	Son demasiados trámites7 <input type="checkbox"/>	Son demasiados trámites7 <input type="checkbox"/>
		No está afiliado8 <input type="checkbox"/>	No está afiliado8 <input type="checkbox"/>		No está afiliado8 <input type="checkbox"/>	No está afiliado8 <input type="checkbox"/>	No está afiliado8 <input type="checkbox"/>
		No tiene dinero9 <input type="checkbox"/>	No tiene dinero9 <input type="checkbox"/>		No tiene dinero9 <input type="checkbox"/>	No tiene dinero9 <input type="checkbox"/>	No tiene dinero9 <input type="checkbox"/>
		No le parece importante10 <input type="checkbox"/>	No le parece importante10 <input type="checkbox"/>		No le parece importante10 <input type="checkbox"/>	No le parece importante10 <input type="checkbox"/>	No le parece importante10 <input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven11 <input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven11 <input type="checkbox"/>		Los horarios no le sirven11 <input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven11 <input type="checkbox"/>	Los horarios no le sirven11 <input type="checkbox"/>
		Descuido o pereza12 <input type="checkbox"/>	Descuido o pereza12 <input type="checkbox"/>		Descuido o pereza12 <input type="checkbox"/>	Descuido o pereza12 <input type="checkbox"/>	Descuido o pereza12 <input type="checkbox"/>
		No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>	No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>		No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>	No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>	No le dan permiso en el trabajo13 <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>		Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?14 <input type="checkbox"/>