



CUESTIONARIO INDIVIDUAL DEL ADOLESCENTE DE
10 A 19 AÑOS DE EDAD

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

Resultados_Entrevista_Adolsc

ENTIDAD FEDERATIVA _____ _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ _____

LOCALIDAD _____ _____

CLAVE DE AGEB.....

MANZANA

2. CONTROL DE CUESTIONARIO

HOGAR..... DE DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO DE DEL HOGAR

NÚM DE VIVIENDA

FOLIO

3. DATOS DEL ADOLESCENTE SELECCIONADO

Individual_Adolescentes

NÚM. DE RESIDENTE DEL ADOLESCENTE

SEXO: HOMBRE.....1 MUJER.....2 EDAD: AÑOS MESES

4. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA Y NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR

Resultados_Entrevista_Adolsc

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM.)

NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL) CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA _____

5. RESULTADO DE LA VISITA

Resultados_Entrevista_Adolsc

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.	4a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	<input type="text" value="nom_e1"/>	<input type="text" value="nom_e1"/>	<input type="text" value="nom_e1"/>	<input type="text" value="nom_e1"/>
FECHA (dd mm aa)	<input type="text" value="vis1f"/>	<input type="text" value="vis2f"/>	<input type="text" value="vis3f"/>	<input type="text" value="vis4f"/>
RESULTADO (*)	<input type="text" value="vis1r"/>	<input type="text" value="vis2r"/>	<input type="text" value="vis3r"/>	<input type="text" value="vis4r"/>
HORA DE INICIO	<input type="text" value="vis1h"/>	<input type="text" value="vis2h"/>	<input type="text" value="vis3h"/>	<input type="text" value="vis4h"/>
HORA DE TÉRMINO	<input type="text" value="vis1ft"/>	<input type="text" value="vis2ft"/>	<input type="text" value="vis3ft"/>	<input type="text" value="vis4ft"/>

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| 01 ENTREVISTA COMPLETA | 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | 10 NO ES VIVIENDA |
| 02 ENTREVISTA INCOMPLETA | 07 VIVIENDA DESHABITADA | 11 OTRO (ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES) |
| 03 INFORMANTE INADECUADO | 08 VIVIENDA DE USO TEMPORAL | 99 ADOLESCENTE QUE SE CONVIERTE EN ADULTO |
| 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | 09 HABLA ALGUNA LENGUA EXTRANJERA | |
| 05 AUSENCIA DE PERSONA SELECCIONADA EN EL MOMENTO DE LA VISITA | | |

A. ¿Cuál es el sexo del(de la) entrevistado(a)?

ENTREVISTADOR: ESTA PREGUNTA DEBE SER CONTESTADA POR USTED

B. ¿Cuántos años cumplidos tienes actualmente?

0.1 En el último año, ¿te han dado alguna información sobre las consecuencias por el uso de tabaco, alcohol y otras drogas?

0.2 ¿Consideras que esta información es útil para prevenir las consecuencias por el uso de tabaco, alcohol y otras drogas?

Hombre.....1
Mujer.....2

Edad [][]
NS/NR.....99

Sí.....1
No.....2 → **PASE A 0.3**

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

I. FACTORES DE RIESGO

0.3 ¿Has fumado por lo menos cien cigarros (5 cajetillas) de tabaco durante toda tu vida?

Sí.....1
No.....2
Nunca ha fumado.....3 → **PASE A 1.08**

1.02 ¿Cuántos años tenías cuando fumaste tabaco por primera vez, aunque fuera una sola fumada de un cigarro, de un puro o de una pipa?

SI EL(LA) ENTREVISTADO(A) NO SABE O SI LA RESPUESTA ES "TODA LA VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO", CONTINUAR PREGUNTANDO → ¿Fue antes de los 12 años?

SI EL(LA) ENTREVISTADO(A) CONTINÚA SIN SABER, PREGUNTE: → ¿Fue entre los 13 y 19 años?

CUANDO EL(LA) ENTREVISTADO(A) MENCIONE LA EDAD EXACTA, ANÓTELA EN LOS RECUADROS, CUANDO TENGA QUE SONDEAR ANOTE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES 112 ó 119.

Años [][][][]

Antes de los 12 años.....112
Entre los 13 y 19 años.....119
NS/NR.....999

1.01 ¿Cuántos cigarros fumas actualmente?

Número de cigarros [][] Frecuencia [][]

Actualmente no fuma.....888 → **PASE A 1.08**

NS/NR.....999

Frecuencia:
Diario.....1
Semanal.....2
Mensual.....3
Ocasional.....4
Al menos una vez al año.....5

1.03 ¿Cuánto tiempo después de despertar fumas tu primer cigarro?

Primeros 5 minutos.....1
Entre 6 y 30 minutos.....2
Entre 31 y 60 minutos.....3
Más de 1 hora.....4

FUMADORES ACTIVOS

1.04 ¿Hasta qué punto las advertencias en cajetillas te hacen pensar en LOS DAÑOS QUE CAUSA FUMAR?

Nada.....1
Poco.....2
Bastante.....3
Mucho.....4

I. FACTORES DE RIESGO

1.08 ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una bebida alcohólica en tu vida?

d108

SI EL(LA) ENTREVISTADO(A) NO SABE O SI LA RESPUESTA ES SI "TODA LA VIDA", O "DESDE QUE ME ACUERDO", CONTINUAR PREGUNTANDO

→ ¿Fue antes de los 12 años?

SI EL(LA) ENTREVISTADO(A) CONTINÚA SIN SABER, PREGUNTE

→ ¿Fue entre los 13 y 19 años?

1.09 Piensa en tu consumo total de alcohol, usualmente, ¿con qué frecuencia tomas cualquier tipo de bebida que contiene alcohol, ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?

d109

POR FAVOR NO INCLUYA EL CONSUMO DE ALCOHOL DE PROBADITAS, SORBOS PARA COCINAR O CEREMONIAS RELIGIOSAS

1.10a Si la persona entrevistada es hombre, preguntar:

¿Con qué frecuencia tomas o has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

d110a

1.10b Si la persona entrevistada es mujer, preguntar:

¿Con qué frecuencia tomas o has tomado 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

d110b

UNA BEBIDA CONSISTE EN 355ml DE CERVEZA, 170ml DE VINO Ó 80ml DE RON/LICOR

CUANDO EL(LA) ENTREVISTADO(A) MENCIONE LA EDAD EXACTA, ANÓTELA EN LOS RECUADROS, CUANDO TENGA QUE SONDEAR ANOTE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES 112 ó 119.

Años | | | |

Antes de los 12 años.....112
 Entre los 13 y 19 años.....119
 Nunca ha tomado.....000 → PASE A 2.01
 NS/NR.....999

Tres o más veces al día.....01
 Dos veces al día.....02
 Una vez al día.....03
 Casi todos los días (5-6 veces por semana).....04
 Tres o cuatro veces a la semana.....05
 Una o dos veces a la semana.....06
 Dos o tres veces al mes.....07
 Aproximadamente una vez al mes.....08
 De siete a once veces al año.....09
 De tres a seis veces al año.....10
 Dos veces al año.....11
 Una vez al año.....12
 Actualmente no toma.....13
 NS/NR.....99

A diario.....01
 Casi diario (5 a 6 veces por semana).....02
 3 a 4 veces a la semana.....03
 1 a 2 veces por semana.....04
 2 a 3 veces al mes.....05
 Una vez al mes.....06
 7 a 11 veces al año.....07
 3 a 6 veces al año.....08
 2 veces al año.....09
 Una vez al año.....10
 Menos de una vez al año.....11
 Nunca.....12
 NS/NR.....99

II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

FILTRO: APLICAR SÓLO A ADOLESCENTES MUJERES Y HOMBRES DE 12 A 19 AÑOS DE EDAD
MUJERES Y HOMBRES MENORES DE 12 AÑOS PASE A LA SECCIÓN 3

Ahora te voy a hacer unas preguntas sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos.

<p>2.01 ¿Conoces o has oído hablar de algún método para no embarazarse o no tener hijos?</p> <p style="text-align: right;">d201</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>NS/NR.....9</p> <p style="text-align: right;">PASE A 2.06</p>
<p>2.02 ¿De cuál(es) método(s) has escuchado hablar?</p> <p style="text-align: right;">d202a</p> <p style="text-align: right;">d202b</p> <p style="text-align: right;">d202c</p> <p style="text-align: right;">d202d</p> <p style="text-align: right;">d202e</p> <p style="text-align: right;">d202f</p> <p style="text-align: right;">d202g</p> <p style="text-align: right;">d202h</p> <p style="text-align: right;">d202i</p> <p style="text-align: right;">d202j</p> <p style="text-align: right;">d202k</p> <p style="text-align: right;">d202l</p> <p style="text-align: right;">d202esp</p> <p style="text-align: center;">PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p>	<p>Condón o preservativo masculino.....01</p> <p>Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....02</p> <p>Pastillas o píldoras.....03</p> <p>Inyecciones.....04</p> <p>Dispositivo, DIU o aparato.....05</p> <p>Implantes, tubos o norplant.....06</p> <p>Ovulos, jaleas, espuma o diafragma.....07</p> <p>Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....08</p> <p>Operación masculina o vasectomía.....09</p> <p>Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....10</p> <p>Retiro o coito interrumpido.....11</p> <p>Otro (especifique).....77</p> <p style="text-align: right;">PASE A 2.06</p>

ENTREVISTADOR: SI RESPONDIÓ QUE HA OÍDO HABLAR DEL CONDÓN MASCULINO CONTINÚE CON LAS PREGUNTAS 2.03 Y 2.04
SI RESPONDIÓ QUE SÓLO HA OÍDO HABLAR DE LAS PASTILLAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA PASE A 2.05

<p>2.03 ¿Cuántas veces se puede usar un condón masculino?</p> <p style="text-align: right;">d203</p>	<p>Una sola vez.....1</p> <p>Otro (especifique).....7</p> <p>NS/NR.....9</p> <p style="text-align: right;">d203esp</p>
<p>2.04 El condón masculino se utiliza como un método para prevenir un embarazo o como un método para prevenir una infección de transmisión sexual?</p> <p style="text-align: right;">d204</p>	<p>Para prevenir un embarazo.....1</p> <p>Para prevenir una infección de transmisión sexual.....2</p> <p>Para ambos.....3</p> <p>NS/NR.....9</p>

ENTREVISTADOR: SI RESPONDIÓ QUE HA OÍDO HABLAR DE LAS PASTILLAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (EN LA PREGUNTA 2.02) PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA. SI NO HA OÍDO HABLAR DE LAS PASTILLAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA PASE A 2.06

<p>2.05 ¿En qué consiste la anticoncepción de emergencia?</p> <p style="text-align: right;">d205</p>	<p>En tomar una o varias pastillas anticonceptivas lo más pronto posible pero máximo en las primeras 120 hrs. después de tener una relación sexual no protegida.....1</p> <p>Otro (especifique).....7</p> <p>NS/NR.....9</p> <p style="text-align: right;">d205esp</p>
<p>2.06 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?</p> <p style="text-align: right;">d206</p>	<p>Edad ____ ____ </p> <p>No ha tenido relaciones sexuales.....00</p> <p>No recuerda.....88</p> <p>NS/NR.....99</p> <p style="text-align: right;">PASE A 2.33b</p>

II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2.07 ¿Qué edad tenía tu pareja de esa primera relación sexual?

d207

Edad | ____ | ____ |

No recuerda.....88

NS/NR.....99

2.08 La primera vez que tuviste relaciones sexuales, ¿qué hicieron o qué usaron tú o tu pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA
OPCIÓN

Condón o preservativo masculino.....01 d208a

Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....02 d208b

Pastillas o píldoras.....03 d208c

Inyecciones.....04 d208d

Dispositivo, DIU o aparato.....05 d208e

Implantes, tubos o norplant.....06 d208f

Ovulos, jaleas, espuma o diafragma.....07 d208g

Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....08 d208h

Operación masculina o vasectomía.....09 d208i

Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....10 d208j

Retiro o coito interrumpido.....11 d208k

Otro (especifique) d208esp 77 d208l

Nada.....12 d208m

No recuerda.....88 d208n

NS/NR.....99 d208o

2.09 ¿Has tenido una relación sexual en los últimos tres meses?

d209

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

2.10 En la última relación sexual, ¿qué utilizaron tú o tu pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA
OPCIÓN

Condón o preservativo masculino..... d210a 01 → PASE A 2.10b

Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....02 d210b

Pastillas o píldoras.....03 d210c

Inyecciones.....04 d210d

Dispositivo, DIU o aparato.....05 d210e

Implantes, tubos o norplant.....06 d210f

Ovulos, jaleas, espuma o diafragma.....07 d210g

Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....08 d210h

Operación masculina o vasectomía.....09 d210i

Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....10 d210j

Retiro o coito interrumpido.....11 d210k

Otro (especifique) d210esp 77 d210l

Nada..... d210m 12 → PASE A FILTRO ANTES DE 2.12

No recuerda..... d210n 88

NS/NR..... d210o 99

II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2.10a ¿Y además utilizaron condón masculino? d210_a

2.10b ¿Por qué usaron condón?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

PASE A FILTRO ANTES DE 2.12

Para prevenir infección por VIH.....1 d210_ba
 Para prevenir una infección de transmisión sexual diferente al VIH.....2 d210_bb
 Para prevenir un embarazo no deseado.....3 d210_bc
 Porque me lo pide mi pareja aunque desconozco el motivo.....4 d210_bd
 Otro (especifique) d210besp 7 d210_be
 NS/NR.....9 d210_bf

FILTRO: APLICAR SÓLO A MUJERES DE 12 A 19 AÑOS DE EDAD QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES HOMBRES PASE A 2.33b

2.12 ¿Alguna vez has estado embarazada? d212

2.12a ¿Estás actualmente embarazada? d212a

2.13 ¿Cuántos embarazos en total has tenido? d213

NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

PASE A 2.33b

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

Embarazos |__|__|

No recuerda.....88
 NS/NR.....99

FILTRO: SI EN LA PREGUNTA 2.12a EL CÓDIGO ES 1 Y EN LA PREGUNTA 2.13 EL CÓDIGO ES 1 (EL EMBARAZO ACTUAL ES EL PRIMER EMBARAZO) PASE A 2.33b

2.14 De estos embarazos ¿cuántos han sido....

nacidos vivos, que no hayan fallecido?.....|__|__| d214_1
 nacidos vivos, que hayan fallecido antes de cumplir un año de edad?.....|__|__| d214_2
 nacidos muertos?.....|__|__| d214_3
 abortos?.....|__|__| d214_4

II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

FILTRO:
 1.-SI CONTESTÓ A 2.14 AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO QUE NO HA FALLECIDO CONTINÚE
 2.-SI CONTESTÓ A 2.14 CUALQUIERA DE LAS OTRAS OPCIONES PASE A 2.33b

2.15 ¿En qué día, mes y año nació tu último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) y que sigue vivo(a)? d215

2.17 En total, ¿cuántas veces te revisaron durante tu último embarazo? d217

2.18 ¿Quién te revisó la mayoría de las veces durante tu último embarazo? d218

2.19 ¿En qué lugar te revisaron la mayoría de las veces durante este embarazo? d219

Día |__| |__| |__| Mes |__| |__| |__| Año |__| |__| |__| |__| |__| |__|
 No recuerda.....888888
 NS/NR.....999999

Veces |__| |__| |__|

Nunca la revisaron.....00 → **PASE A 2.23**
 NS/NR.....99

Médico 1
 Enfermera 2
 Promotora, auxiliar o asistente de salud.....3
 Partera profesional técnica..... 4
 Partera tradicional o empírica5
 Otro personal de salud.....6
 No recuerda.....8
 NS/NR.....9

Seguro Social (IMSS).....01
 ISSSTE.....02
 ISSSTE Estatal.....03
 Pemex.....04
 Defensa.....05
 Marina.....06
 Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07
 IMSS Oportunidades.....08
 Consultorios dependientes de farmacias.....09
 Consultorio, clínica u hospital privado.....10
 Casa de la partera.....11
 Casa de la entrevistada.....12
 Otro lugar (especifique) d219esp 77
 NS/NR.....99

II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2.20 ¿Cuántos meses de embarazo tenías cuando te revisaron por primera vez?

d220

Meses | ___ | ___ |

NS/NR.....99

2.21 Durante tu último embarazo, cuando visitaste al médico, enfermero(a) o algún otro personal de salud, ¿te realizaron alguna de las siguientes acciones al menos una vez?

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

Sí No NS/NR

- ¿Te midieron?..... 1 2 9
- ¿Te pesaron?..... 1 2 9
- ¿Te tomaron la presión arterial?..... 1 2 9
- ¿Te realizaron examen(es) general(es) de orina?..... 1 2 9
- ¿Te realizaron examen(es) de sangre?..... 1 2 9
- ¿Te midieron tu nivel de azúcar en sangre?... 1 2 9
- ¿Te realizaron la prueba de detección de la sífilis (VRDL)?..... 1 2 9
- ¿Te realizaron prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?... 1 2 9
- ¿Te hicieron un ultrasonido?..... 1 2 9
- ¿Te vacunaron contra el tétanos?..... 1 2 9
- ¿Te mandaron ácido fólico?..... 1 2 9
- ¿Te mandaron vitaminas, hierro o algún suplemento alimenticio?..... 1 2 9

2.22 Durante tu último embarazo, ¿te diagnosticaron o te dijeron que tenías...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

Sí No NS/NR

- la presión alta?..... 1 2 9
- sangrado vaginal?..... 1 2 9
- amenaza de aborto?..... 1 2 9
- preeclampsia o eclampsia?..... 1 2 9
- azúcar alta en la sangre o diabetes?..... 1 2 9
- anemia?..... 1 2 9
- una infección urinaria?..... 1 2 9
- una infección de transmisión sexual?..... 1 2 9
- infección por VIH o SIDA?..... 1 2 9
- alguna otra enfermedad o padecimiento?..... 1 2 9

2.23 ¿Quién te atendió en tu último parto?

d223

- Médico1
- Enfermera2
- Promotora, auxiliar o asistente de salud.....3
- Partera profesional técnica.....4
- Partera tradicional o empírica5
- Otro personal de salud.....6
- Nadie.....7
- No recuerda.....8
- NS/NR.....9

II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2.24 ¿En dónde te atendieron de tu último parto?

d224

Seguro Social (IMSS).....01
 ISSSTE.....02
 ISSSTE Estatal.....03
 Pemex.....04
 Defensa.....05
 Marina.....06
 Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07
 IMSS Oportunidades.....08
 Consultorios dependientes de farmacias.....09
 Consultorio, clínica u hospital privado.....10
 Casa de partera.....11
 Casa de la entrevistada.....12
 Otro lugar (especifique) **d224esp**.....77
 NS/NR.....99

2.25 ¿Tuviste alguna complicación en tu último parto?

d225

Si.....1
 No.....2
 NS/NR.....9 → **PASE A 2.31**

2.26 En tu último parto, ¿te dijeron que tenías...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	Si	No	NS/NR	
preeclampsia/eclampsia?.....	1	2	9	d226a
sangrado vaginal abundante o hemorragia?.....	1	2	9	d226b
aborto?.....	1	2	9	d226c
amenaza de aborto?.....	1	2	9	d226d
parto obstruido?.....	1	2	9	d226e
mala posición del bebé?.....	1	2	9	d226f
parto prematuro?.....	1	2	9	d226g
complicaciones debido a una enfermedad que ya tenías como diabetes, presión alta, etc.....	1	2	9	d226h

2.31 ¿Tu último parto fue...

d231

LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR SÓLO UNA OPCIÓN

normal (vaginal)?.....1
 cesárea por urgencia?.....2
 cesárea programada?.....3
 NS/NR.....9

2.28a ¿Cuánto pesó al nacer tu último(a) hijo(a)?

NOTA: ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) Y QUE SIGUE VIVO(A)

Kilos | ___ | . gramos | ___ | ___ | ___ | **d228a**
 No lo pesaron.....0000
 NS/NR.....9999

ENTREVISTADOR: ANOTE LA OPCIÓN DONDE INDIQUE DONDE OBTUVO LA INFORMACIÓN | ___ |

De la cartilla del niño o de otro documento.....1 **d228a1**
 Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....2
 NS/NR.....9

II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2.38 Cuando nació tu último(a) hijo(a), ¿era.. d238

NOTA: ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) Y QUE SIGUE VIVO(A)

2.28b ¿Cuántos meses amamantaste a último(a) hijo(a)?

NOTA: ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) Y QUE SIGUE VIVO(A)

ENTREVISTADOR: SI NUNCA LE DIÓ PECHO, PONER 000. SI MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS.

SI MÁS DE 1 MES, ANOTE MESES. CUANDO MÁS DE 1 AÑO, CONVIERTA A MESES: (EJEMPLOS: 1 AÑO=12M; 2 AÑOS=24 M; 3 AÑOS=36 M; 4 AÑOS=48 M)

2.32 Después del nacimiento de tu último(a) hijo(a), ¿te proporcionaron un método anticonceptivo antes de salir del hospital o del lugar donde te atendieron? d232

2.32a ¿Qué método anticonceptivo te proporcionaron? d232a

2.33b En los últimos 12 meses, ¿has recibido condones de forma gratuita? d233b

2.33c Aproximadamente, ¿cuántos condones te dieron gratuitamente en los últimos 12 meses? d233c

2.33d ¿En dónde te dieron los condones gratuitos?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

muy grande?.....1
 más grande de lo normal?.....2
 de tamaño normal?.....3
 más pequeño(a) de lo normal?.....4
 muy pequeño?.....5
 NS/NR.....9

Tiempo [] - Período []
d228bb d228ba

Nunca le dió pecho.....000 **Período:**
 NS/NR.....999 Días.....1
 Aún le da pecho.....888 Meses.....2

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

PASE A
2.33b

Condón o preservativo masculino.....01
 Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....02
 Pastillas o píldoras.....03
 Inyecciones.....04
 Dispositivo, DIU o aparato.....05
 Implantes, tubos o norplant.....06
 Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....07
 Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....08
 Operación masculina o vasectomía.....09
 Otro (especifique) d232aesp 77
 NS/NR.....99

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

PASE A
2.33

Condones [] [] [] []

NS/NR.....999

Seguro Social (IMSS).....01	d233da
ISSSTE.....02	d233db
ISSSTE Estatal.....03	d233dc
Pemex.....04	d233dd
Defensa.....05	d233de
Marina.....06	d233df
Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07	d233dg
IMSS Oportunidades.....08	d233dh
Consultorios dependientes de farmacias.....09	d233di
Médico privado.....10	d233dj
ONGS.....11	d233dk
Servicio Médico de escuelas (medio superior y universidad).....12	d233dl
Eventos masivos.....13	d233dm
Ferias de salud.....14	d233dn
Establecimientos públicos.....15	d233do
Otro lugar (especifique) d233desp 77	d233dp
NS/NR.....99	d233dq

II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2.33 En los últimos 12 meses, ¿has recibido consulta médica para atenderte o recibir tratamiento para...
 2.36 ¿Te han realizado alguna vez la prueba para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?
 2.35 En los últimos 12 meses, ¿te han realizado una prueba para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?
 2.35a ¿Conoces el resultado de la prueba?
 2.36a Podrías decirme, ¿cuál es el beneficio de tomar ácido fólico?

	Sí	No	NS/NR	
verrugas genitales?.....	1	2	9	d233_1
gonorrea?.....	1	2	9	d233_2
sífilis?.....	1	2	9	d233_3
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?.....	1	2	9	d233_4
otra infección de transmisión sexual? (especifique)_____	1	2	9	d233_5sp d233_5

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

→ PASE A 2.36a

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

→ PASE A 2.36a

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

Ayuda a prevenir algunas malformaciones al nacimiento (malformaciones del sistema nervioso central y de la columna).....1
 Otro (especifique)_____ d236esp 7
 NS/NR.....9

FILTRO: APLICAR SÓLO A MUJERES DE 12 A 19 AÑOS
HOMBRES PASE A FILTRO ANTES DE 2.34

2.36c En los últimos 12 meses, ¿has tomado ácido fólico?
 d236c

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

FILTRO: APLICAR SOLO A MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 19 AÑOS QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES (PREGUNTA 2.06)
MUJERES MENORES DE 15 AÑOS QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES PASE AL FILTRO ANTES DE LA PREGUNTA 2a.14a
HOMBRES MENORES DE 15 AÑOS PASE A LA PREGUNTA 3.01
MUJERES DE 12 A 19 AÑOS QUE NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES PASE A LA PREGUNTA 3.01

2.34 ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en tu vida?
 d234

Parejas [][]
 No recuerda.....88
 NS/NR.....99

IIA.NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS Y QUE MURIERON

FILTRO: SI ES MUJER DE 12 A 19 Y HA ESTADO EMBARAZADA CONTINÚE

SI ES HOMBRE Ó MUJER DE 12 A 19 AÑOS QUE NO HA ESTADO EMBARAZADA PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN (PREGUNTA 3.01)

2a.14a ¿Tuviste algún hijo(a) nacido vivo después de junio del año 2006 que haya muerto?

d2a14a

Sí.....1

No.....2 →

PASE A
3.01

2a.14b ¿Cuál era el nombre de tu último hijo(a) que murió?

d2a14b

Nombre

2a.14b_1 ¿Qué edad tenía (NOMBRE del hijo que murió) cuando murió?

ENTREVISTADOR: SI MENOS DE 1 MES,
ANOTE DÍAS. SI MÁS DE 1 MES, ANOTE MESES.NO REDONDEE LOS MESES, REGISTRE MESES
CUMPLIDOS

Edad [] - Período []

d2a14b_1b

d2a14b_1a

Período:

Días.....1

Meses.....2

NS/NR.....999

2a.14c ¿Cuánto pesó al nacer (NOMBRE del hijo que murió)?

ÚLTIMO HIJO(A) QUE MURIÓ DESPUÉS
DE JUNIO DEL 2006

Kilos [] . gramos [] [] [] []

No lo pesaron.....0000

NS/NR.....9999

d2a14c

ENTREVISTADOR: ANOTE LA OPCIÓN DONDE
INDIQUE DONDE OBTUVO LA INFORMACIÓN []

De la cartilla del niño o de otro documento.....1

Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....2

NS/NR.....9

d2a14c_1

2a.14d Cuando nació (NOMBRE del hijo que murió), ¿era..

d2a14d

muy grande?.....1

más grande de lo normal?.....2

de tamaño normal?.....3

más pequeño(a) de lo normal?.....4

muy pequeño?.....5

NS/NR.....9

2a.14e ¿Cuántos meses amamantaste a (NOMBRE del hijo que murió)?

ENTREVISTADOR: ANOTE MESES CUMPLIDOS,
NO REDONDEE LOS MESESSI MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS, SI MÁS DE
1 MES, ANOTE MESES. CUANDO MÁS DE 1 AÑO,
CONVIERTA A MESES:
(EJEMPLOS: 1 AÑO=12 M; 2 AÑOS=24 M;
3 AÑOS=36M; 4 AÑOS=48 M)

Tiempo [] ----- Período []

d2a14eb

d2a14ea

Período:

Días.....1

Meses.....2

Nunca le dió pecho...000

Toda su vida/ hasta

que murió.....888 →

PASE A
3.01

NS/NR.....999

2a.14f ¿Cuál fue el motivo por el que nunca le diste pecho o se lo quitaste a (NOMBRE del hijo que murió)?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Me quedé sin leche.....01

Fue el mismo tiempo que amamantó al hijo anterior.....02

Tuve que salir a trabajar.....03

Me lo indicó el médico.....04

Me aconsejaron (familiar/ amiga/ vecina) que debía dejar...05

Quedé embarazada.....06

Me enfermé.....07

Mi bebé se enfermó.....08

Mi bebé nació tan enfermo que no podía mamar.....09

Mi bebé no aumentaba de peso.....10

Mi bebé es adoptado/a.....11

Porque así lo preferí.....12

Otro (especifique) d2a14fes 77

NS/NR.....99

d2a14fa

d2a14fb

d2a14fc

d2a14fd

d2a14ff

d2a14fg

d2a14fh

d2a14fi

d2a14fj

d2a14fk

d2a14fl

d2a14fm

d2a14fn

d2a14fo

III. VACUNACIÓN

3.01 ¿Me puedes mostrar tu Cartilla Nacional de Salud, la Cartilla Nacional de Vacunación, y/o el documento probatorio o comprobante en el que te registran las vacunas que te han aplicado?

PUEDEN ANOTAR HASTA 4 OPCIONES

NOTA: LAS POSIBLES COMBINACIONES DE RESPUESTA PUEDEN SER ENTRE LOS CÓDIGOS 1 A 4.

NO EXISTEN COMBINACIONES CON LOS CÓDIGOS 5, 6 ó 9

d301a

d301b

d301c

d301d

Sí, mostró la Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10 a 19 años).....1

Sí, mostró la Cartilla Nacional de Vacunación.....2

Sí, mostró cartilla de Salud y Citas Médicas (ADOLESCENTES de 10 a 19 años IMSS).....3

Sí mostró documento probatorio o comprobante.....4

Si la(s) tiene pero no la(s) mostró.....5

No.....6

NS/NR.....9

FILTRO: ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS CONTINÚE

ADOLESCENTES DE 10 A 11 AÑOS 11 MESES PASE A 4.01

Las siguientes preguntas se refieren a todas las vacunas que te han aplicado sólo durante tu adolescencia, considera las vacunas que te aplicaron en la escuela, en la unidad médica, con el médico privado, durante campañas de vacunación o en tu casa.

3.10 ¿Te han aplicado la vacuna contra la hepatitis B?

NOTA: LA ÚNICA POSIBLE COMBINACIÓN, EN CASO DE SELECCIONAR HASTA 2 OPCIONES, SON EL CÓDIGO 1 Y 2

d310a

d310b

Sí, y está registrado en la Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10 a 19 años).....1

Sí, y está registrado en otra cartilla, en el documento probatorio o comprobante.....2

Sí, dice haberse aplicado la vacuna.....3

No.....4

NS/NR.....9

PASE A 3.12

3.11 ¿Cuántas veces te la han aplicado?

d311

Veces []

NS/NR.....9

3.12 ¿Te han aplicado la vacuna contra el tétanos?

NOTA: LA ÚNICA POSIBLE COMBINACIÓN, EN CASO DE SELECCIONAR HASTA 2 OPCIONES, SON EL CÓDIGO 1 Y 2

d312a

d312b

Sí, y está registrado en la Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10 a 19 años).....1

Sí, y está registrado en otra cartilla, en el documento probatorio o comprobante.....2

Sí, dice haberse aplicado la vacuna.....3

No.....4

NS/NR.....9

PASE A 3.14

3.13 ¿Cuántas veces te la han aplicado?

d313

Veces []

NS/NR.....9

3.14 ¿Te han aplicado la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR o SRP)?

NOTA: LA ÚNICA POSIBLE COMBINACIÓN, EN CASO DE SELECCIONAR HASTA 2 OPCIONES, SON EL CÓDIGO 1 Y 2

d314a

d314b

Sí, y está registrado en la Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10 a 19 años).....1

Sí, y está registrado en otra cartilla, en el documento probatorio o comprobante.....2

Sí, dice haberse aplicado la vacuna.....3

No.....4

NS/NR.....9

PASE A 4.01

3.15 ¿Cuántas veces te la han aplicado?

d315

Veces []

NS/NR.....9

IV. TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Las siguientes preguntas que te voy a hacer están relacionadas con algunos problemas de tu alimentación en los últimos tres meses.

	<p>4.01</p> <p>¿Con que frecuencia en los últimos 3 meses...</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>MOSTRAR TARJETA Y LEA TODAS LAS OPCIONES</p> </div> <p>Nunca o casi nunca.....1</p> <p>A veces.....2</p> <p>Con frecuencia 2 veces en una semana.....3</p> <p>Con mucha frecuencia más de 2 veces en una semana.....4</p> <p>NS/NR.....9</p>	
	OPCIÓN	CÓDIGO
01	te ha preocupado engordar?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d401a</div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>
02	has comido demasiado ó te has atascado de comida?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d401b</div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>
03	has perdido el control sobre lo que comes (tienes la sensación de no poder parar de comer)?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d401c</div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>
04	has vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d401d</div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>
05	has hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs. o más) para tratar de bajar de peso?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d401e</div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>
06	has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d401f</div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>
07	has hecho ejercicio para tratar de bajar de peso?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d401g</div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>
08	has usado pastillas y/o diuréticos (sustancia para perder agua) y/o con laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) buscando perder peso?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d401h</div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 15px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>

V. ACCIDENTES

5.01 ¿Sufriste algún daño a tu salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?

d501

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

] → **PASE A 6.01**

5.02 ¿Cómo fue que te accidentaste?

d502

REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO

Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....01
 Choque en motocicleta.....02
 Choque o atropellamiento como ciclista.....03
 Atropellado como peatón.....04
 Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....05
 Caída a nivel de piso.....06
 Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....07
 Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc.....08
 Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.).....09
 Exposición a corriente eléctrica, radiación.....10
 Exposición a humo o fuego.....11
 Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....12
 Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....13
 Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....14
 Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos..15
 Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....16
 Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....17
 Exposición accidental a otros factores.....18
 NS/NR.....99

] → **PASE A 5.02b**

] → **PASE A 5.03**

] → **PASE A 6.01**

5.02a ¿Llevabas puesto el cinturón?

d502a

Sí.....1
 No.....2

] → **PASE A 5.03**

5.02b ¿Llevabas puesto el casco?

d502b

Sí.....1
 No.....2

5.03 ¿En qué lugar te encontrabas cuando ocurrió el accidente?

d503

Hogar.....01
 Escuela.....02
 Trabajo.....03
 Vía pública.....04
 Campo.....05
 Antro, bar.....06
 Centro recreativo o deportivo.....07
 Establecimiento comercial.....08
 Otro.....77
 NS/NR.....99

V. ACCIDENTES

5.04

¿Qué tipo de daño tuviste en ... (lea cada opción de las regiones del cuerpo)

REGIÓN DEL CUERPO

SI TUVO MÁS DE UNA LESIÓN FAVOR DE REGISTRAR LA MÁS SEVERA (POR LA QUE HAYA TENIDO QUE SER HOSPITALIZADO, INMOVILIZADO, QUE HAYA DEJADO SECUELAS O PROVOCADO DISCAPACIDAD)

Contusión.....01	Aplastamiento.....10
Moretón.....02	Quemadura primer grado.....11
Esguince o torcedura.....03	Quemadura segundo grado.....12
Luxación.....04	Quemadura tercer grado.....13
Fractura.....05	Heridas múltiples.....14
Herida.....06	Daño-afectación de órganos.....15
Laceración.....07	Otras/no especificadas.....16
Lesión de nervios.....08	Ninguna lesión en esta región.....17
Amputación.....09	NS/NR.....99

	REGIÓN DEL CUERPO		LESIÓN 1
a	cara, cabeza y/o cuello?	d504a	_ _ _
b	tórax y/o abdomen?	d504b	_ _ _
c	pelvis (cadera)?	d504c	_ _ _
d	columna vertebral?	d504d	_ _ _
e	brazo y/o antebrazo?	d504e	_ _ _
f	mano y/o dedos de la mano?	d504f	_ _ _
h	muslo y/o pierna?	d504h	_ _ _
i	pie (tobillo) y/o dedos del pie?	d504i	_ _ _
j	genitales?	d504j	_ _ _
l	Otra (especifique)_____	d504l	_____d504lesp_____

V. ACCIDENTES

5.05 ¿Quién te atendió cuando ocurrió el accidente?

d505

- Familiar.....01
- Amigo(a)/vecino(a).....02
- Dependiente de la farmacia.....03
- Curandero.....04
- Yerbero.....05
- Huesero(a), sobador(a).....06
- Quiropráctico.....07
- Homeópata.....08
- Acupunturista.....09
- Encargado de la comunidad/promotor/auxiliar de salud.10
- Médico general.....11
- Médico especialista.....12
- Dentista.....13
- Enfermera.....14
- Psicólogo.....15
- Otro (especifique) d505esp.....77
- Nadie.....20
- NS/NR.....99

5.06 ¿Cuándo sufriste el accidente estabas bajo los efectos de ...

d506

- alcohol?.....1
- drogas?.....2
- ambos?.....3
- Otro (especifique) d506esp.....7
- No estaba bajo efectos del alcohol o drogas.....8
- NS/NR.....9

5.07 ¿Qué problema de salud permanente te ocasionó el accidente?

d507

- Ningún problema.....01
- Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda).....02
- Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos...03
- Dificultad para oír.....04
- Dificultad para hablar.....05
- Dificultad para ver o ceguera.....06
- Otra limitación física o mental (especifique) d507esp.....07
- NS/NR.....99

VI. AGRESIÓN Y VIOLENCIA

Individual_Adolescentes

6.01 ¿Sufrió algún daño a tu salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses?

d601

- Sí.....1
- No.....2
- NS/NR.....9

PASE A
7.01

6.02 ¿Qué fue lo que pasó?

REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA ANOTAR EL CÓDIGO

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

- Agresiones con sustancias.....01 **d602a**
- Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento.....02 **d602b**
- Herida por arma de fuego.....03 **d602c**
- Herida por arma punzocortante (cuchillos, navajas, etc.)..04 **d602d**
- Empujón desde lugar elevado.....05 **d602e**
- Golpes, patadas, puñetazos.....06 **d602f**
- Agresión sexual.....07 **d602g**
- Envenenamiento u obstrucción de las vías respiratorias por sustancias u objetos calientes.....08 **d602h**
- Agresiones verbales.....09 **d602i**
- Otras agresiones o maltrato.....76 **d602j**
- Otro (especifique) **d602esp**.....77 **d602k**
- NS/NR.....99 **d602l**

6.03 ¿Cuál fue el principal motivo?

d603

ANOTAR LA OPCIÓN MÁS IMPORTANTE

- Robo o asalto.....01
- Incidente de tránsito02
- Riña con desconocidos.....03
- Riña con conocidos.....04
- Secuestro.....05
- Detención.....06
- Violación por novio/pareja/esposo.....07
- Violación por algún familiar.....08
- Violación por desconocido.....09
- Violencia por novio/pareja/esposo.....10
- Violencia por algún familiar11
- Violencia por compañero de escuela.....12
- Otro (especifique) **d603esp**.....77
- NS/NR.....99

6.04 ¿En qué lugar ocurrió la agresión o violencia?

d604

- Hogar01
- Escuela02
- Trabajo.....03
- Transporte público04
- Vía pública05
- Campo06
- Centro recreativo o deportivo.....07
- Antro, bar.....08
- Establecimiento comercial09
- Otro (especifique) **d604esp**.....77
- NS/NR.....99

VI. AGRESIÓN Y VIOLENCIA

6.06 ¿Quién te atendió cuando ocurrió la agresión?

d606

- Familiar.....01
- Amigo(a)/vecino(a).....02
- Dependiente de la farmacia.....03
- Curandero.....04
- Yerbero.....05
- Huesero(a), sobador(a).....06
- Quiropráctico.....07
- Homeópata.....08
- Acupunturista.....09
- Encargado de la comunidad/promotor/auxiliar de salud.10
- Médico general.....11
- Médico especialista.....12
- Dentista.....13
- Enfermera.....14
- Psicólogo.....15
- Otro (especifique)_____d606esp_____77
- Nadie.....20
- NS/NR.....99

6.07 ¿Cuándo sufriste la agresión o violencia estabas bajo los efectos de ...

d607

- alcohol?1
- drogas?2
- ambos?3
- Otro (especifique)_____d607esp_____7
- No estaba bajo efectos del alcohol o drogas.....8
- NS/NR.....9

6.08 ¿Qué problema de salud permanente te ocasionó la agresión o violencia?

d608

- Ningún problema.....1
- Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda).....2
- Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos.....3
- Dificultad para oír.....4
- Dificultad para hablar.....5
- Dificultad para ver o ceguera.....6
- Otra limitación física o mental (especifique)_____d608esp_____7
- NS/NR.....9

VII. LESIONES AUTO-INFLIGIDAS

7.01 Alguna vez en la vida, ¿has intentado o a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?

d701

7.02 Piensa en la última vez que lo hiciste. ¿Cómo lo hiciste?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

7.03 ¿Estuviste hospitalizado(a) o bajo tratamiento médico y/o psiquiátrico debido a las lesiones que te hiciste en el último intento?

d703

Sí, en los últimos 12 meses.....1

Sí, pero no en los últimos 12 meses.....2

No, nunca.....3

NS/NR.....9

PASE A
8.01

Envenenamiento con medicamentos01 **d702a**

Envenenamiento con narcóticos02 **d702b**

Envenenamiento con alcohol03 **d702c**

Envenenamiento por inhalación de hidrocarburos.....04 **d702d**

Envenenamiento por fumigantes, insecticidas05 **d702e**

Envenenamiento con productos químicos, ácidos, corrosivos 06 **d702f**

Ahorcamiento.....07 **d702g**

Arma de fuego08 **d702h**

Quemadura.....09 **d702i**

Objetos puzoncortantes10 **d702j**

Arrojarse al vacío o de un vehículo en movimiento11 **d702k**

Otro (especifique) **d702esp** 77 **d702l**

NS/NR.....99 **d702m**

Sí1

No2

NS/NR.....9

VIII. ENFERMEDADES CRÓNICAS

8.01 ¿Algún médico te ha dicho que tienes diabetes o el azúcar alta en la sangre?

d801

8.02 ¿Hace cuánto tiempo te dijo el médico por primera vez que tenías diabetes o el azúcar alta en la sangre?

8.03 ¿Actualmente tomas pastillas o te aplican insulina para controlar tu azúcar?

d803

Sí.....1

No.....2

PASE A
8.05

Meses [] [] Años [] []

Menos de un mes **d802a** **d802b**0000

NS/NR.....9999

Sí, ¿cuál?

Solo insulina.....1

Solo pastillas.....2

Ambas.....3

Ninguno.....4

VIII. ENFERMEDADES CRÓNICAS

8.04 ¿Actualmente llevas algún otro tratamiento para controlar tu azúcar?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

8.05 ¿Algún médico te ha dicho que tienes la presión alta o hipertensión? d805

8.06 ¿Hace cuánto tiempo te dijo tu médico que tienes la presión alta o hipertensión?

8.07 ¿Actualmente tomas alguna medicina (pastillas) para controlar tu presión alta? d807

8.08 ¿Actualmente llevas otro tratamiento para controlar tu presión alta?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

8.09 ¿Alguna vez te han medido el colesterol en la sangre? d809

8.10 ¿Durante el último año recibiste algún tratamiento para el colesterol alto?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

8.11 ¿Alguna vez te han medido los triglicéridos en la sangre? d811

Sí, ¿cuál?

Plan de alimentación (dieta).....1 d804a

Realiza algún plan de ejercicio físico.....2 d804b

Homeopatía (chochos).....3 d804c

Herbolaria.....4 d804d

Medicina alternativa.....5 d804e

No.....8 d804f

Sí.....1

No.....2 → PASE A
8.09

Meses [] Años []

Menos de un mes..... d806a d806b0000

NS/NR.....9999

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

Sí, ¿cuál?

Plan de alimentación (dieta).....1 d808a

Realiza algún plan de ejercicio físico.....2 d808b

Homeopatía (chochos).....3 d808c

Herbolaria.....4 d808d

Disminución en el consumo de sal.....5 d808e

Medicina alternativa.....6 d808f

No.....7 d808g

Sí y lo encontraron normal.....1 → PASE A
8.11

Sí y lo encontraron alto.....2

No.....3

NS/NR.....9 → PASE A
8.11

Sí, ¿cuál?

Pravastatina, simvastatina, atorvastatina, rosuvastatina o fluvastatina.....1 d810a

Disminuir la ingesta de grasa o colesterol en los alimentos.....2 d810b

Aumento de actividad física.....3 d810c

No.....4 d810d

Sí y los encontraron normales.....1

Sí y los encontraron altos.....2

No.....3

NS/NR.....9

RESPETO A LAS PERSONAS

De acuerdo al **Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor**; "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar."

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor**; "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice."

En referencia directa al **Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor**, "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados, para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."

OBSERVACIONES

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 5.02

V40-V79	Choque entre vehículos de 4 o más ruedas: incluye todos los choques, volcaduras o caídas de vehículos de cuatro o más ruedas, lesionados en la vía pública (automóvil, camioneta, minibús, autobús, transporte pesado, vehículo de rieles, vehículo sin motor y vehículo de tracción animal).....	01
V20-V39	Choque en motocicleta: incluye a todos los pasajeros de motocicletas de dos y tres ruedas motocicleta considerar (remolque enganchado al lado de la motocicleta) que resultaron lesionados en la vía pública.....	02
V10-V19	Choque o atropellamiento como ciclista: incluye a todos los ciclistas lesionados en la vía pública (ciclista: cualquier persona que maneja un vehículo de pedal).....	03
V01-V09	Atropellado como peatón: peatón atropellado en la vía pública por automóvil, camioneta, camión (de carga o de pasajeros), motocicleta, bicicleta, vehículo de rieles y vehículo de tracción animal (por ejemplo: carreta).....	04
V80-V99	Otros accidentes de transporte: incluye las lesiones que ocurren a los ocupantes el medio de transporte cuando estos son acuático (por ejemplo: lancha), o aéreo (por ejemplo: avión o teleférico), o bien era terrestre pero el transporte era por tren-tranvía-metro (incluir aquí peatones atropellados por tren-tranvía-metro) ó en algún animal (por ejemplo: caballo, burro, vaca) o en vehículo traccionado-jalado por algún animal (por ejemplo: carreta). Incluir aquí peatones atropellados por tren-tranvía-metro o por algún animal o vehículo traccionado por animal. Incluya también aquí todos los casos que dude clasificar en las cuatro categorías previas.....	05
W00-W03 y W18	Caída a nivel de piso: lesiones producidas por resbalones, traspíe, tropezones que suceden en el mismo nivel en el que estaba la persona antes de lesionarse. Aquí se incluyen las caídas al esquiar o al patinar sobre hielo.....	06
W20-W49	Golpe con objeto, equipo o maquinaria: golpe NO INTENCIONAL producido por un objeto lanzado o proyectado (sin intención de lastimar), o por equipo de deportes, maquinaria de agricultura, o incluso con objetos punzo-cortantes como vidrio, cuchillo, agujas u cualquier otro objeto inanimado (como maquinaria eléctrica i.e. electrodomésticos). Aquí se incluyen las lesiones producidas por balazos accidentales de pistola y/o rifle. También se incluyen las explosiones o rupturas de boiler o cilindros de gas y objetos presurizados (llantas, pipas, manguera).....	07
W04-W17	Caída de un nivel a otro: lesiones producidas por caídas de un nivel a otro, como cuando la persona cae de un mueble (cama, mesa, sillón, silla) o de una escalera, andamio, árbol, edificio o casa habitación. Se incluye también las caídas cuando las personas lesionadas eran cargadas por otras personas.....	08
W50-W64	Golpe, rasguño o mordida de persona o animal: golpe, rasguño o mordida NO INTENCIONAL por una persona, o bien, por un animal (perro, caballo, gato, rata-ratón, animal marino, insectos, reptiles, etc.) e incluso por espinas de plantas.....	09
W85-W99	Exposición a corriente eléctrica, radiación: exposición a radiación (por ejemplo: rayos X, láser), exposición a calor o frío excesivo (por ejemplo: hielo seco), exposición a cambios en presión del aire (cambio de presión brusco en aeronaves, vista prolongada a gran altitud montañas).....	10
X00-X09	Exposición a humo o fuego: exposición a fuego controlado y no controlado en edificio u otra construcción (edificio en llamas, chimenea, estufa, hoguera en el campo) así como exposición a material altamente inflamable (gasolina, petróleo).....	11
X10-X19	Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras): incluye las lesiones causadas por contacto con líquidos calientes (bebidas, agua, alimentos, grasas aceites) vapores y todos los objetos calientes (utensilios domésticos, máquinas, motores, herramientas etc.).....	12
X30-X39	Exposición a fuerzas de la naturaleza: como rayo, granizo, condiciones climáticas excesivas (calor o frío), terremotos, derrumbes o avalanchas, inundaciones, tornado.....	13
X20-X29	Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas: como serpientes lagartos venenosos, arañas, escorpiones, alacranes, avispa, animales y plantas marinas venenosas.....	14
X40-X49	Envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas: ejemplo por alimentos, medicamentos: drogas, alcohol (etílico, butílico, etc.), exposición a gases y vapores (bióxido de azufre, óxido de nitrógeno) exposición a todos plaguicidas (insecticidas, fumigantes, fertilizante para plantas, etc.) pegamento, pinturas.....	15
W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales: alberca, cisterna, bañera, aguas naturales (arroyo, lago, mar, río).....	16
W75-W84	Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento, sofocación accidental en cama (ropa de cama, cuerpo de la madre, etc.), confinado o atrapado en ambiente con bajo contenido de oxígeno (buce, lugares herméticos, etc.)....	17
W19, X50-X57, X58-X59	Exposición accidental a otros factores: incluye lesiones por movimientos extraños o repetitivos, exceso de esfuerzo físico, falta de alimentación o agua (miseria, indigencia), exposición a ambientes despresurizados, y/o las lesiones que no sean especificadas claramente.....	18

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 6.02

X85-X90	Agresiones con sustancias: como drogas, medicamentos y sustancias biológicas, agresión con sustancias corrosivas, plaguicidas, agresión con gases y vapores, agresión con sustancias productos químicos.....	01
X91-X92	Agresión por sofocación: estrangulamiento, ahogamiento y sumersión.....	02
X93-X95	Arma de fuego: agresión con disparo de arma corta, arma larga (rifle, escopeta).....	03
X99	Objetos cortantes: puñalada (cuchillo) o cualquier otro objeto con filo: i.e. vidrio.....	04
Y01	Empujón desde lugar elevado: desde un mueble, escalera, andamio, árbol, edificio o casa habitación.....	05
Y04	Golpes, patadas, puñetazos: lucha o pelea sin armas.....	06
Y05	Agresión sexual: además de la consumación incluye el intento de violación o intento de sodomía.....	07
X98	Ingestión de sustancia u objetos calientes: cualquier sustancia u objeto caliente y aquí se incluye también la ingestión de vapor.....	08
	Otras agresiones o maltrato: abuso físico, crueldad mental y tortura (Y07), negligencia, abandono (Y06). Incluir aquí también asalto con material explosivo (X96) y/o fuego, humo o flamas (X97). Incluir asalto con objetos romo o sin filo (Y00). Empujones de un solo nivel y/o empujón para que choque con objeto en movimiento (Y02). También lesiones intencionales producidas con automóvil de motor (Y03).....	76
	Otro (especifique): cuando sea posible especificar la categoría de "otras agresiones" o maltrato" y dejar sólo la categoría de "otros" cuando no se especifique correctamente.....	77