



CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Resultado_Entrevista_Menor

ENTIDAD FEDERATIVA desc_ent entidad

MUNICIPIO O DELEGACIÓN desc_mun munici

LOCALIDAD desc_loc locali

CLAVE DE AGEB..... ageb_

MANZANA manzana

2. CONTROL DE CUESTIONARIO

HOGAR..... DE DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO DE DEL HOGAR

NÚM DE VIVIENDA vivcroq

FOLIO folio

3. DATOS DEL NIÑO SELECCIONADO Individual_menores

NÚM. DE RESIDENTE DEL NIÑO

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

NÚM. DE RESIDENTE DEL INFORMATE CUIDADOR DEL NIÑO

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

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

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA

no_ext no_int colonia cp
NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL) CÓDIGO POSTAL

5. RESULTADO DE LA VISITA Resultado_Entrevista_Menor

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

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

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

A. ¿Cuál es el sexo del(de la) niño(a) seleccionado(a)?
msexo ENTREVISTADOR: ESTA PREGUNTA DEBE SER CONTESTADA POR USTED

B. ¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente (NOMBRE)?
medad

C. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?

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

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

Día [] [] Mes [] [] Año [] [] [] []
mfnaca **mfnacb** **mfnacc**
 NS/NR.....99999999

FILTRO: SI ES UN NIÑO(A) DE 0 A 12 MESES CONTINÚE

SI ES UN NIÑO(A) DE 1 AÑO 1 MES A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD, INICIAR EN LA PREGUNTA 1.01

SI ES UN NIÑO(A) DE 5 A 6 AÑOS 11 MESES DE EDAD, INICIAR EN LA PREGUNTA 1.31

SI ES UN NIÑO(A) DE 7 A 9 AÑOS DE EDAD INICIAR, EN LA PREGUNTA 3.01

0.1 ¿Durante el primer mes de vida, ¿cuántas veces llevó o ha llevado a (NOMBRE) al médico por...

ENTREVISTADOR: PREGUNTE POR CADA UNA DE LAS OPCIONES Y MARQUE EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA EN EL NÚMERO DE VECES

0.3 En total, ¿cuántas veces llevó o ha llevado a (NOMBRE) al médico para checar su desarrollo y crecimiento (sin estar enfermo)?
m003

0.4 El personal de salud, ¿le explicó sobre la forma de estimular el desarrollo y crecimiento de (NOMBRE) en el hogar?
m004

0.5 ¿Me puede decir algunas actividades que realiza para estimular el desarrollo de (NOMBRE)?

PUEDA ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

chequeo/control del niño sano?...1 Código 1 Veces [] [] []
m001a

enfermedad?.....2 Código 2 Veces [] [] []
m001b

Ninguna.....00
 NS/NR.....99

Veces [] [] []

Ninguna.....00 } → PASE A 1.01
 NS/NR.....99

Sí.....1
 No.....2 } → PASE A 1.01
 NS/NR.....9

Movimientos de sus piernas/brazos.....1 **m005a**
 Masaje en la cabeza.....2 **m005b**
 hablarle con voz suave mientras come, lo baña o lo cambia.....3 **m005c**
 Acostarlo boca abajo.....4 **m005d**
 Mostrar objetos de color vivo.....5 **m005e**
 Otro (especifique) **m005es**.....7 **m005f**

I. VACUNACIÓN

1.01 ¿En dónde nació (NOMBRE)?

m101

NO LEA LAS OPCIONES, SÓLO
CIRCULE EL CÓDIGO

1.02 Antes de salir del hospital / clínica o centro de salud donde nació (NOMBRE), ¿le aplicaron la vacuna contra la Tuberculosis (BCG)? (se aplica preferentemente en el brazo derecho y deja cicatriz)

m102

1.03 Antes de salir del hospital / clínica o centro de salud en donde nació (NOMBRE), ¿le aplicaron la vacuna contra la Hepatitis B? (se aplica preferentemente en la pierna izquierda)

m103

1.04 Antes de salir del hospital/clínica o centro de salud donde nació (NOMBRE), ¿les entregaron la Cartilla Nacional de Vacunación o la Cartilla Nacional de Salud?

m104

1.05 ¿En qué lugar le entregaron la Cartilla Nacional de Vacunación y/o la Cartilla Nacional Salud de (NOMBRE)?

m105

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
Médico privado.....	10
Casa de la partera.....	11
Casa de la entrevistada.....	12
Otro lugar (especifique) m101es	77
NS/NR.....	99

PASE A
1.05

Sí.....	1
No.....	2
NS/NR.....	9

Sí.....	1
No.....	2
NS/NR.....	9

Sí.....	1
No.....	2
NS/NR.....	9

PASE A
1.06

No tiene la Cartilla.....	01
Registro civil.....	02
Seguro Social (IMSS).....	03
ISSSTE.....	04
ISSSTE Estatal.....	05
Pemex.....	06
Defensa.....	07
Marina.....	08
Centro de Salud u Hospital de la SSA.....	09
IMSS Oportunidades.....	10
Consultorios dependientes de farmacias.....	11
Médico privado.....	12
En la escuela.....	13
Guardería/estancia infantil.....	14
El personal de salud acudió a mi domicilio.....	15
En el hospital donde nació.....	16
Otro lugar (especifique) m105es	77
NS/NR.....	99

0 A 36
MESES
PASE A
1.07
3 AÑOS
1 MES A
4 AÑOS
11 MESES
PASE A
1.09

I. VACUNACIÓN

1.06 ¿Me puede mostrar la Cartilla Nacional de Salud, la Cartilla Nacional de Vacunación, y/o el documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado a (NOMBRE)?

- m106a
- m106b
- m106c
- m106d

PUEDA ANOTAR HASTA CUATRO OPCIONES

- Sí, mostró la Cartilla Nacional de Vacunación (niñas, niños y adolescentes).....1
- Sí, mostró la Cartilla Nacional de Salud (0 - 9 años).....2
- Sí, mostró documento probatorio o comprobante.....3
- Sí, mostró la Cartilla Nacional de Vacunación (desde el nacimiento hasta los 19 años).....4
- Si la(s) tiene pero no la(s) mostró.....5
- No tiene cartilla.....6
- NS/NR.....9

0 A 36 MESES
PASE A 1.07

3 AÑOS
1 MES A
4 AÑOS
11 MESES
PASE A 1.09

ENTREVISTADOR: PARA CONTINUAR VERIFIQUE LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA 1.06

- Código 1 y 2 y 3 y 4
- Código 1 y 2 y 4
- Código 1 y 3 y 4
- Código 2 y 3 y 4
- Código 1 y 4
- Código 2 y 4

REGISTRE LA INFORMACIÓN DE CADA UNA DE ELLAS.
PASE A FILTRO ANTES DE 1.11 Y CONTINÚE EN EL FILTRO QUE ESTA ANTES DE 1.20

- Código 1 ó 2 ó 3
- Código 1 y 2 y 3
- Código 1 y 2
- Código 1 y 3
- Código 2 y 3

PASE A FILTRO ANTES DE 1.11

- Código 4
- Código 4 y 3

PASE A FILTRO ANTES DE 1.20

FILTRO: APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 0 A 36 MESES QUE NO MOSTRARON LA CARTILLA

ENTREVISTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REALIZAN EN DOS FASES, POR FAVOR SIGA LOS LINEAMIENTOS

FASE 1

1. Pregunta 1.02 si respondió "Sí" (código 1) inicia en inciso "b)"
2. Realice la pregunta 1.07 SIN LEER el nombre de las vacunas
3. Para cada vacuna reportada como aplicada, marque en 1.07 el código que corresponde a "Sí"
4. Para cada vacuna reportada como aplicada pregunte cuántas veces se la han puesto

FASE 2

5. Para cada vacuna NO reportada como aplicada en la fase 1, pregunte si el niño(a) cuenta con la vacuna específica (pregunta 1.07A) y según corresponda continúe con la pregunta 1.08

1.07 ¿Me puede decir qué vacunas le ha puesto a (NOMBRE)? Si la mencionó.....1 No la mencionó.....2		1.07A. ¿Le han puesto la vacuna contra..... ENTREVISTADOR: PREGUNTE POR CADA UNA DE LAS VACUNAS NO MENCIONADAS EN LA PREGUNTA ANTERIOR (CÓDIGO 2 DE LA PREGUNTA 1.07) FASE 2 CIRCULE UN CÓDIGO		1.08 ¿Cuántas veces le han puesto la vacuna (MENCIONE RESPUESTA DE 1.07 ó 1.07A)? NS/NR.....99	
VACUNA		SÍ	NO	NS/NR	NÚMERO DE VECES
a) TUBERCULOSIS (BCG) (se pone al nacer y deja cicatriz)	m107a	1	2	9	m107aa m108a
b) HEPATITIS B (se pone al nacer, 2 y 6 meses)	m107b	1	2	9	m107ab m108b
c) PENTAVALENTE ACELULAR (DIFTERIA TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS, E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (se pone a los 2,4,6 y 18 meses)	m107c	1	2	9	m107ac m108c
d) ROTAVIRUS (GASTROENTERITIS CAUSADA POR ROTAVIRUS) (se pone a los 2 y 4 meses)	m107d	1	2	9	m107ad m108d
e) NEUMOCÓCCICA CONJUGADA 7 VALENTE (INFECCIONES POR NEUMOCOCO) (se pone a los 2, 4 y 12 meses)	m107e	1	2	9	m107ae m108e
f) ANTIINFLUENZA (INFLUENZA ESTACIONAL) (se pone de los 6 a los 35 meses entre septiembre y marzo)	m107f	1	2	9	m107af m108f
g) SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (SRP, TRIPLE VIRAL) (se pone al año)	m107g	1	2	9	m107ag m108g
h) POLIO ORAL/SABIN (se suministran gotas por la boca, se ponen en las semanas de salud)	m107h	1	2	9	m107ah m108h
i) Ninguna	m107i				

TODOS PASAN A PREGUNTA 1.26a

I. VACUNACIÓN

FILTRO: APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 3 AÑOS UN MES A 4 AÑOS 11 MESES QUE NO MOSTRARON LA CARTILLA

ENTREVISTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REALIZAN EN DOS FASES, POR FAVOR SIGA LOS LINEAMIENTOS:

FASE 1

1. Pregunta 1.02 si respondió Sí (código 1) inicia en inciso b)
2. Realice la pregunta 1.09 SIN LEER el nombre de las vacunas
3. Para cada vacuna reportada como aplicada, marque en 1.09 el código que corresponde a "SI"
4. Para cada vacuna reportada como aplicada pregunte cuántas veces se la han puesto

FASE 2

1. Para cada vacuna no reportada como aplicada en la fase 1, pregunte si el niño (a) cuenta con la vacuna específica (pregunta 1.09A) y según corresponda continúe con la pregunta 1.10

1.09 ¿Me puede decir que vacunas le ha puesto a (nombre)?	1.09A ¿Le han puesto la vacuna contra.....	1.10 ¿Cuántas veces le han puesto la vacuna (MENCIONE RESPUESTA DE 1.09 ó 1.09A)?
<p>Si la mencionó.....1</p> <p>No la mencionó.....2</p>	<p>ENTREVISTADOR: PREGUNTE POR CADA UNA DE LAS VACUNAS NO MENCIONADAS EN LA PREGUNTA ANTERIOR (CÓDIGO 2 DE LA PREGUNTA 1.09)</p> <p>FASE 2 CIRCULE UN CÓDIGO</p>	<p>NS/NR.....99</p>
VACUNA	SÍ NO NS/NR	NÚMERO DE VECES
a) TUBERCULOSIS (BCG) (se pone al nacer y deja cicatriz) <input type="checkbox"/> m109a	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> PASE A SIG. VACUNA NO MENCIONADA	m109aa <input type="checkbox"/> m110a <input type="checkbox"/>
b) POLIOMIELITIS (SABIN) (se suministran gotas por la boca, se pone a los 2, 4, 6 meses y en las semanas de salud) <input type="checkbox"/> m109b	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> PASE A SIG. VACUNA NO MENCIONADA	m109ab <input type="checkbox"/> m110b <input type="checkbox"/>
c) PENTAVALENTE (DIFTERIA TOSFERINA, TÉTANOS, HEPATITIS B, INFECCIONES POR H INFLUENZAE B) (es una inyección que se pone en el muslo a los 2, 4, 6 y 18 meses) <input type="checkbox"/> m109c	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> PASE A SIG. VACUNA NO MENCIONADA	m109ac <input type="checkbox"/> m110c <input type="checkbox"/>
d) DIFTERIA TOSFERINA Y TÉTANOS (DPT) (se pone a los 2 y 4 años) <input type="checkbox"/> m109d	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> PASE A SIG. VACUNA NO MENCIONADA	m109ad <input type="checkbox"/> m110d <input type="checkbox"/>
e) SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (SRP, TRIPLE VIRAL) (se pone en el brazo al año de edad) <input type="checkbox"/> m109e	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> PASE A SIG. VACUNA NO MENCIONADA	m109ae <input type="checkbox"/> m110e <input type="checkbox"/>
f) Ninguna <input type="checkbox"/> m109f		

TODOS PASAN A PREGUNTA 1.26a

I. VACUNACIÓN

FILTRO: APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES QUE MOSTRARON LA CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN O CARTILLA NACIONAL DE SALUD (Pregunta 1.06, Códigos 1, 2 y 3)

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBA DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

VACUNA	DOSIS	EDAD	A) DOSIS SÍ.....1 NO.....2	B) FECHA DE LA APLICACIÓN			C) INSTITUCIÓN QUE APLICÓ LA VACUNA
				ANOTE DÍA	ANOTE MES	ANOTE AÑO	
1.11 TUBERCULOSIS (BCG)	Única	Al nacer	m111a	m111b	m111c	m111d	m111e m111esp
1.12 HEPATITIS B	Primera	Al nacer	m112_1a	m112_1b	m112_1c	m112_1d	m112_1e m112_1esp
	Segunda	2 meses	m112_2a	m112_2b	m112_2c	m112_2d	m112_2e m112_2esp
	Tercera	6 meses	m112_3a	m112_3b	m112_3c	m112_3d	m112_3e m112_3esp
1.13 PENTAVALENTE ACELULAR (DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS, E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b)	Primera	2 meses	m113_1a	m113_1b	m113_1c	m113_1d	m113_1e m113_1esp
	Segunda	4 meses	m113_2a	m113_2b	m113_2c	m113_2d	m113_2e m113_2esp
	Tercera	6 meses	m113_3a	m113_3b	m113_3c	m113_3d	m113_3e m113_3esp
	Cuarta	18 meses	m113_4a	m113_4b	m113_4c	m113_4d	m113_4e m113_4esp
1.13a DPT (DIFTERIA TOSFERINA, TÉTANOS)	Refuerzo	4 años	m113aa	m113ab	m113ac	m113ad	m113ae m113aesp
1.14 ROTAVIRUS (GASTROENTERITIS CAUSADA POR ROTAVIRUS)	Primera	2 meses	m114_1a	m114_1b	m114_1c	m114_1d	m114_1e m114_1esp
	Segunda	4 meses	m114_2a	m114_2b	m114_2c	m114_2d	m114_2e m114_2esp
1.15 NEUMOCÓCICA CONJUGADA 7 VALENTE (INFECCIONES POR NEUMOCOCO)	Primera	2 meses	m115_1a	m115_1b	m115_1c	m115_1d	m115_1e m115_1esp
	Segunda	4 meses	m115_2a	m115_2b	m115_2c	m115_2d	m115_2e m115_2esp
	Otra o refuerzo	1 año	m115_3a	m115_3b	m115_3c	m115_3d	m115_3e m115_3esp
1.16 ANTIINFLUENZA (INFLUENZA)	Primera	6 a 35 meses	m116_1a	m116_1b	m116_1c	m116_1d	m116_1e m116_1esp
	Segunda	Al mes de la primera	m116_2a	m116_2b	m116_2c	m116_2d	m116_2e m116_2esp
	Revacunación	Anual hasta los 35 meses	m116_3a	m116_3b	m116_3c	m116_3d	m116_3e m116_3esp
1.17 TRIPLE VIRAL (SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (SRP))	Primera	1 año	m117a	m117b	m117c	m117d	m117e m117esp
1.18 SABIN (POLIOMIELITIS)	Adicionales		m118_1a	m118_1b	m118_1c	m118_1d	m118_1e m118_1esp
	Adicionales		m118_2a	m118_2b	m118_2c	m118_2d	m118_2e m118_2esp
1.19 OTRAS VACUNAS (ANOTE TEXTUAL EL NOMBRE)	ANOTE LA DOSIS		ANOTE LA FECHA			INSTITUCIÓN	
	m119_1a	m119_1b	m119_1c	m119_1d	m119_1e	m119_1f	m119_1fsp
	m119_2a	m119_2b	m119_2c	m119_2d	m119_2e	m119_2f	m119_2fsp
	m119_3a	m119_3b	m119_3c	m119_3d	m119_3e	m119_3f	m119_3fsp

ENTREVISTADOR: CONSULTE EN ESTE RECUADRO EL CÓDIGO QUE CORRESPONDE A LA INSTITUCIÓN QUE APLICÓ LA VACUNA

Seguro Social (IMSS).....01	Defensa.....05	Consultorios dependientes de farmacias.09
ISSSTE.....02	Marina.....06	Médico privado.....10
ISSSTE Estatal.....03	Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07	Otro lugar (especifique).....77
Pemex.....04	IMSS Oportunidades.....08	NS/NR.....99

I. VACUNACIÓN

Individual menores

FILTRO: APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 0 A 12 MESES QUE MOSTRARON LA CARTILLA NACIONAL DE SALUD (Pregunta 1.06, Código 2)

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBA DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

ACCIÓN	ENFERMEDADES QUE PREVIENE	A) DOSIS Sí.....1 NO.....2	B) FECHA DE LA APLICACIÓN		
			ANOTE DÍA	ANOTE MES	ANOTE AÑO
1.19a VITAMINA "A" (Al nacimiento y en semanas nacionales de salud)	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y DIARREAS	m119a_1a	m119a_1b	m119a_1c	m119a_1d
		m119a_2a	m119a_2b	m119a_2c	m119a_2d
		m119a_3a	m119a_3b	m119a_3c	m119a_3d
		m119a_4a	m119a_4b	m119a_4c	m119a_4d

TODOS PASAN A PREGUNTA 1.26a EXCEPTO NIÑOS CON CÓDIGO 4 EN PREGUNTA 1.06

FILTRO: APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES QUE MOSTRARON LA CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN (Pregunta 1.06, Código 3 y 4)

VACUNA	ANOTE CÓDIGO		A) DOSIS Sí.....1 NO.....2	B) FECHA DE LA APLICACIÓN			C) INSTITUCIÓN QUE APLICÓ LA VACUNA
				ANOTE DÍA	ANOTE MES	ANOTE AÑO	
1.20 TUBERCULOSIS (BCG)	Única	Al nacer	m120a	m120b	m120c	m120d	m120esp m120e
1.21 POLIOMIELITIS (SABIN)	Preliminar	Al nacer	m121_1a	m121_1b	m121_1c	m121_1d	m121_1esp m121_1e
	Primera	2 meses	m121_2a	m121_2b	m121_2c	m121_2d	m121_2esp m121_2e
	Segunda	4 meses	m121_3a	m121_3b	m121_3c	m121_3d	m121_3esp m121_3e
	Tercera	6 meses	m121_4a	m121_4b	m121_4c	m121_4d	m121_4esp m121_4e
	Adicionales 1	Semana nacional	m121_5a	m121_5b	m121_5c	m121_5d	m121_5esp m121_5e
	Adicionales 2	Semana nacional	m121_6a	m121_6b	m121_6c	m121_6d	m121_6esp m121_6e
	Adicionales 3	Semana nacional	m121_7a	m121_7b	m121_7c	m121_7d	m121_7esp m121_7e
1.22 PENTAVALENTE (DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, HEPATITIS B, E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZA B)	Primera	2 meses	m122_1a	m122_1b	m122_1c	m122_1d	m122_1esp m122_1e
	Segunda	4 meses	m122_2a	m122_2b	m122_2c	m122_2d	m122_2esp m122_2e
	Tercera	6 meses	m122_3a	m122_3b	m122_3c	m122_3d	m122_3esp m122_3e
	Cuarta	18 meses	m122_4a	m122_4b	m122_4c	m122_4d	m122_4esp m122_4e
1.23 DIFTERIA TOSFERINA, TÉTANOS (DPT)	Refuerzo 1	2 años	m123_1a	m123_1b	m123_1c	m123_1d	m123_1esp m123_1e
	Refuerzo 2	4 años	m123_2a	m123_2b	m123_2c	m123_2d	m123_2esp m123_2e
1.24 TRIPLE VIRAL (SARAMPIÓN, RUBEÓLA, PAROTIDITIS (SRP))	Primera	1 año	m124a	m124b	m124c	m124d	m124esp m124e
1.25 OTRAS (ANOTE TEXTUAL EL NOMBRE)	ANOTE LA DOSIS		ANOTE LA FECHA			INSTITUCIÓN	
	m125_1a	m125_1b	m125_1c	m125_1d	m125_1e	m125_1f	m125_1fsp
	m125_2a	m125_2b	m125_2c	m125_2d	m125_2e	m125_2f	m125_2fsp
	m125_3a	m125_3b	m125_3c	m125_3d	m125_3e	m125_3f	m125_3fsp

ENTREVISTADOR: CONSULTE EN ESTE RECUADRO EL CÓDIGO QUE CORRESPONDE A LA INSTITUCIÓN QUE APLICÓ LA VACUNA

Seguro Social (IMSS).....01	Defensa.....05	Consultorios dependientes de farmacias.09
ISSSTE.....02	Marina.....06	Médico privado.....10
ISSSTE Estatal.....03	Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07	Otro lugar (especifique)..... 77
Pemex.....04	IMSS Oportunidades.....08	NS/NR.....99

I. VACUNACIÓN

1.26a En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces recibió (NOMBRE) vitamina A en alguna Semana Nacional de Salud? m126a

|_|
Veces

Ninguna.....0
NS/NR.....9

**FILTRO: NIÑOS DE 0 A 12 MESES CONTINÚE
NIÑOS DE 1 AÑO UN MES A 4 AÑOS 11 MESES PASE A 2.01**

1.27 ¿A (NOMBRE) le realizaron la prueba del tamiz neonatal? m127

SI RESPONDE "SÍ" Y MOSTRÓ LA CARTILLA, VERIFIQUE EL DATO EN LA CARTILLA Y ANOTE EL CÓDIGO 1

SI NO TIENE REGISTRO EN LA CARTILLA Y DICE QUE LE REALIZARON LA PRUEBA, ANOTE EL CÓDIGO 2

Sí, y está registrado en la cartilla.....1
Sí, dice habersele realizado la prueba.....2
No le han realizado la prueba.....3
NS/NR.....9

} → PASE A 1.29

1.28 ¿Conoce el resultado de la prueba del tamiz neonatal? m128

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

1.29 En los primeros 28 días de vida ¿le realizaron la prueba del Tamiz Neonatal Auditivo a (NOMBRE)? m129

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

} → PASE A 2.01

1.30 ¿Cuál fue el resultado del tamiz neonatal auditivo? m130

Salió bien.....1
Le dijeron que requería otro tipo de estudio.....2
NS/NR.....9

} → PASE A 2.01

FILTRO: APLICAR ESTA SECCIÓN AL INFORMANTE RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL NIÑO(A) DE 5 AÑOS A 6 AÑOS 11 MESES

1.31 ¿Me puede mostrar la Cartilla Nacional de Salud, la Cartilla Nacional de Vacunación y/o documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado a (NOMBRE)?

PUEDA ANOTAR HASTA CUATRO OPCIONES

m131a
m131b
m131c
m131d

Sí, mostró la Cartilla Nacional de Vacunación (niñas, niños y adolescentes).....1
Sí, mostró la Cartilla Nacional de Salud (0 - 9 años).....2
Sí, mostró la Cartilla Nacional de Vacunación (desde el nacimiento hasta los 19 años).....3
Sí, mostró documento probatorio o comprobante.....4
Si la(s) tiene pero no la(s) mostró.....5
No tiene cartilla.....6
NS/NR.....9

} → PASE A 1.33a

I. VACUNACIÓN

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBA DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

VACUNA	DOSIS	EDAD	D) DOSIS Sí.....1 NO.....2	E) FECHA DE LA APLICACIÓN			F) INSTITUCIÓN QUE APLICÓ LA VACUNA
				ANOTE DÍA	ANOTE MES	ANOTE AÑO	
1.32 DIFTERIA TOSFERINA, TÉTANOS (DPT)	Refuerzo	4 años	m132a	m132b	m132c	m132d	m132esp m132e
1.33 SARAPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (SRP)	Primera	1 año	m133_1a	m133_1b	m133_1c	m133_1d	m133_1esp m133_1e
	Segunda o refuerzo	6 años	m133_2a	m133_2b	m133_2c	m133_2d	m133_2esp m133_2e

Seguro Social (IMSS).....01	Defensa.....05	Consultorios dependientes de farmacias.09
ISSSTE.....02	Marina.....06	Médico privado.....10
ISSSTE Estatal.....03	Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07	Otro lugar (especifique).....77
Pemex.....04	IMSS Oportunidades.....08	NS/NR.....99

PASE A FILTRO ANTES DE 2.01

1.33a Cuando (NOMBRE) tenía cuatro años, ¿lo vacunaron contra la Difteria Tosferina y Tétanos (DPT)? (es el refuerzo que se pone a los cuatro años) m133a

1.34 ¿Le han puesto a (NOMBRE) la vacuna contra el Sarampión, la Rubéola y las Paperas o SRP que se aplica en el brazo? (se pone al año de edad y a los 6 años) m134

1.35 ¿Cuántas veces le han puesto la vacuna contra el Sarampión la Rubéola y las Paperas (SRP)? m135

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

|_| veces

NS/NR.....9

PASE A FILTRO ANTES DE 2.01

II. ENFERMEDAD DIARREICA

**FILTRO: APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES
NIÑOS DE 5 AÑOS 0 MESES A 9 AÑOS 11 MESES PASE A 3.01**

2.01 ¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas? m201

2.02 En total, ¿cuántos días lleva (con/tuvo) diarrea (NOMBRE)? m202

2.03 ¿Durante la diarrea (NOMBRE) ha tenido/tuvo fiebre o calentura? m203

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

Días |_|_|

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

PASE A 2.13

FILTRO: SI EL NIÑO(A) TIENE 2 AÑOS 0 MESES A 4 AÑOS 11 MESES PASE A 2.06

2.04 ¿Durante la diarrea que tiene o tuvo (NOMBRE)... m204

continúo dándole pecho?.....1
le dio más seguido el pecho?.....2
le dio menos seguido el pecho?.....3
le suspendió el pecho?.....4
No le da pecho.....5
NS/NR.....9

II. ENFERMEDAD DIARREICA

2.06 Sin considerar la leche, ¿ahora que (NOMBRE) ha tenido (o tuvo) diarrea ... m206

2.07 Ahora que (NOMBRE) ha tenido o tuvo diarrea, ¿a quién le ha pedido o pidió ayuda? m207a
m207b
m207b

PUEDA ANOTAR HASTA 3 OPCIONES

2.08 ¿A qué institución de salud pertenece el(la) (MENCIONE PERSONAL de 2.07) que atendió a (NOMBRE)?

2.09 El personal de salud, ¿le recomendó que le diera Vida Suero Oral o soluciones rehidratantes a (NOMBRE)? m209

2.10 El personal de salud, ¿le explicó cómo preparar el Vida Suero Oral o las soluciones rehidratantes? m210

continuó dando la misma cantidad de alimentos?.....1
 le dio más cantidad de alimentos?.....2
 le dio menos cantidad de alimentos?.....3
 suspendió todos los alimentos?.....4
 Aún no le da otro tipo de alimentos.....5
 NS/NR.....9

A nadie.....	01	PASE A 2.11
Comadrona o partera.....	02	
Curandero o hierbero.....	03	
Encargado de la farmacia.....	04	PASE A 2.11
Auxiliar o voluntario de salud.....	05	
Promotor de salud.....	06	
Enfermera.....	07	
Médico.....	08	
Médico homeópata.....	09	
Otro.....	77	
NS/NR.....	99	

Seguro Social (IMSS).....	01	Opción 1 DE 2.07
ISSSTE.....	02	
ISSSTE Estatal.....	03	m208a m208aes
Pemex.....	04	
Defensa.....	05	Opción 2 DE 2.07
Marina.....	06	
Centro de Salud u Hospital de la SSA.....	07	m208b m208bes
IMSS Oportunidades.....	08	
Consultorios dependientes de farmacias.....	09	Opción 3 DE 2.07
Médico privado.....	10	
Otro lugar (especifique).....	77	
NS/NR.....	99	m208c m208ces

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

PASE A
2.11

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

II. ENFERMEDAD DIARREICA

2.11 ¿Qué (otros) líquidos le ha dado (o dio) a (NOMBRE) durante la diarrea?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

- Vida Suero Oral.....01 m211a
- Suero comercial.....02 m211b
- Suero casero.....03 m211c
- Agua sola.....04 m211d
- Agua de frutas.....05 m211e
- Agua de arroz.....06 m211f
- Tés.....07 m211g
- Atoles.....08 m211h
- Pozol.....09 m211i
- Leche.....10 m211j
- Leche rebajada.....11 m211k
- Caldos/sopas.....12 m211l
- Refresco.....13 m211m
- Café.....14 m211n
- Otros.....77 m211o
- Ninguno.....16 m211p
- NS/NR.....99 m211q

FILTRO: SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 2.07 ES CÓDIGO 05, 06, 07, 08 Ó 09 CONTINÚE. OTRO CÓDIGO (01, 02, 03, 04, 77 Y 99) PASE A 2.13

2.12 El personal de salud, ¿le explicó los cuidados que tenía que dar a (NOMBRE) en el hogar durante la diarrea?

m212

- Sí.....1
- No.....2
- NS/NR.....9

2.13 ¿Qué molestias debe tener (NOMBRE) cuando tiene diarrea para que usted lo lleve al médico?

PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES

- m213a
- m213b
- m213c
- m213d
- m213e

- Mucha sed01
- Poca ingesta de líquidos o alimentos.....02
- Estar muy quieto (débil).....03
- Evacuaciones muy frecuentes.....04
- Vómitos.....05
- Fiebre.....06
- Llanto sin lágrimas.....07
- Sangre en las heces08
- Otra molestia (especifique) m213es 77
- NS/NR.....99

2.14 ¿Conoce los síntomas de deshidratación?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

- Sí.....¿Cuáles son?
- Mucha sed.....1 m214a
 - Irritabilidad.....2 m214b
 - Llanto sin lágrimas.....3 m214c
 - Ojos hundidos.....4 m214d
 - Otro síntoma (especifique) m214es 7 m214e
 - No conoce ningún síntoma de deshidratación.....8 m214f
 - NS/NR.....9 m214g

III. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

FILTRO: APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS

3.01 ¿Ha tenido gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos (NOMBRE) en las últimas dos semanas? m301

3.02 Por esta(s) enfermedad(es) ¿(NOMBRE) ha tenido fiebre o calentura? m302

3.05 Ahora que (NOMBRE) ha tenido o tuvo gripa, catarro, anginas, bronquitis, tos o dolor de oídos, ¿a quién le ha pedido o pidió ayuda?

PUEDE ANOTAR HASTA 3 OPCIONES

m305a

m305b

m305c

3.06 ¿A qué institución de salud pertenece el (MENCIONE PERSONAL de 3.05) que atendió a (NOMBRE)?

3.07 El personal de salud, ¿le dio tratamiento con antibiótico? m307

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

PASE A
3.10

Sí.....1
 No.....2

Nadie.....01
 Comadrona o partera.....02
 Curandero o hierbero.....03
 Encargado de la farmacia.....04
 Auxiliar o voluntario de salud.....05
 Promotor de salud.....06
 Enfermera.....07
 Médico.....08
 Médico homeópata.....09
 Otro.....77
 NS/NR.....99

PASE A
3.10

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
 Médico privado.....10
 Otro lugar (especifique).....77
 NS/NR.....99

Opción 1
DE 3.05
m306a
m306aes

Opción 2
DE 3.05
m306b
m306bes

Opción 3
DE 3.05
m306c
m306ces

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

FILTRO: SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 3.05 ES CÓDIGO 05, 06, 07, 08 Ó 09 CONTINÚE. OTRO CÓDIGO (01, 02, 03, 04, 77 Y 99) PASE A 3.10

3.08 Cuando fue a la unidad de salud, el personal que le atendió, ¿le explicó los cuidados que tenía que dar a (NOMBRE) en su hogar durante su enfermedad respiratoria? m308

3.09 El personal de salud, ¿le explicó cuáles son los síntomas de alarma que debe observar durante la enfermedad respiratoria de (NOMBRE)? m309

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

III. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

3.10 ¿Qué molestias debe tener (NOMBRE) cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis, dolor de oídos, para que usted lo lleve al médico?

PUEDE ANOTAR HASTA 5 OPCIONES

m310a
m310b
m310c
m310d
m310e

3.11 En los últimos tres meses, ¿algún médico le ha diagnosticado neumonía a (NOMBRE)?

m311

3.13 ¿(NOMBRE) estuvo hospitalizado debido a la neumonía que presentó?

m313

3.14 ¿Cuántos días estuvo hospitalizado (NOMBRE) por la neumonía que presentó?

m314

Respira rápido.....01

No puede respirar.....02

No come, ni bebe.....03

Se pone frío.....04

Se ve más enfermo.....05

Más de tres días con calentura.....06

Le sale pus del oído.....07

Le aparecen puntos blancos en la garganta.....08

Otras molestias (especifique) **m310es** 77

NS/NR.....99

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

} → PASE A 4.01

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

} → PASE A 4.01

| | |
Días

NS/NR.....99

IV. ACCIDENTES

FILTRO: APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS

4.01 ¿Sufrió (NOMBRE) algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses? m401

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

} → PASE A 5.01

4.02 ¿Cómo fue que se accidentó (NOMBRE)? m402

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 4.02b

} → PASE A 4.03

} → PASE A 5.01

4.02a ¿Llevaba puesto el cinturón o iba en su silla-asiento especial? m402a

Sí.....1
 No.....2

} → PASE A 4.03

4.02b ¿Llevaba puesto el casco? m402b

Sí.....1
 No.....2

IV. ACCIDENTES

4.03 ¿En qué lugar se encontraba (NOMBRE) cuando ocurrió el accidente?

m403

- Hogar.....1
 Escuela.....2
 Vía pública.....3
 Campo.....4
 Lugar de recreo o deportivo.....5
 Establecimiento comercial.....6
 Otro (especifique) **m403es**.....7
 NS/NR.....9

4.04 ¿Qué hizo o quién atendió a (NOMBRE) cuando ocurrió el accidente?

m404

- Nada o nadie.....01
 Remedios caseros, automedicación.....02
 Curandero(a) o yerbero(a).....03
 Huesero(a) o sobador(a).....04
 Encargado(a) de la comunidad.....05
 Quiropráctico.....06
 Psicólogo(a), terapeuta.....07
 Médico, consultorio.....08
 Clínica.....09
 Sanatorio u hospital.....10
 Otro (especifique) **m404es**.....77
 NS/NR.....99

4.05 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó este accidente?

m405

- 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) **m405es**.....07
 NS/NR.....99

V. DISCAPACIDAD

FILTRO: APLICAR SÓLO A NIÑOS DE 2 A 9 AÑOS

<p>5.01 En comparación con otros niños, ¿(NOMBRE) se tardó mucho para sentarse, pararse o caminar?</p> <p style="text-align: right;">m501</p>
<p>5.02 En comparación con otros niños, ¿(NOMBRE) tiene dificultad para ver, ya sea en el día o en la noche?</p> <p style="text-align: right;">m502</p>
<p>5.03 ¿(NOMBRE) parece tener dificultad para oír?</p> <p style="text-align: right;">m503</p>
<p>5.04 Cuando usted le dice a (NOMBRE) que haga algo, ¿parece entender lo que le está diciendo?</p> <p style="text-align: right;">m504</p>
<p>5.05 ¿(NOMBRE) tiene dificultad para caminar o para mover sus brazos o tiene debilidad o rigidez en los brazos o piernas?</p> <p style="text-align: right;">m505</p>
<p>5.06 ¿A veces (NOMBRE) tiene ataques, se pone rígido(a) o pierde la conciencia?</p> <p style="text-align: right;">m506</p>
<p>5.07 ¿(NOMBRE) aprende a hacer cosas como otros niños(as) de su edad?</p> <p style="text-align: right;">m507</p>
<p>5.08 ¿(NOMBRE) habla, aunque sea un poco? (¿Puede hacerse entender con palabras, puede decir algunas palabras reconocibles?)</p> <p style="text-align: right;">m508</p>
<p>5.09 ¿La manera en que habla (NOMBRE) es diferente de lo normal (no es suficiente claro para que sea entendido por personas que no sean de su familia cercana)?</p> <p style="text-align: right;">m509</p>
<p>5.10 ¿(NOMBRE) puede nombrar por lo menos un objeto (por ejemplo, un animal, un juguete, una taza, una cuchara)?</p> <p style="text-align: right;">m510</p>

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 4.02

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, avispas, 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