



## Encuesta sobre Seguro Médico para una Nueva Generación 2009

### CUESTIONARIO

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Entidad \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_

#### 2. NÚMERO DE FOLIO DE LA VIVIENDA

Número de folio .....  
\_\_\_\_\_

#### 3. CONTROL DE CUESTIONARIOS

Cuestionario \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en la vivienda

#### 4. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

\_\_\_\_\_  
Calle, avenida, callejón, carretera, camino

Número exterior      Número interior      Colonia, fraccionamiento, barrio, unidad habitacional

#### 5. BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño(a)

\_\_\_\_\_  
Nombre del titular del Seguro Popular

#### 6. FICHA DE MEDICIONES

Fecha de medición			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Hemoglobina g/dL
Día	Mes	Año				
____	____	____	____	____.____	____.____	____.____

#### 7. RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA

Visita	Día	Mes	Hora		Resultado de la visita	CÓDIGOS DE RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA	
			Inicio	Término			
1	____	____	____:____	____:____	____	01 Entrevista completa	05 Negativa
2	____	____	____:____	____:____	____	02 Entrevista completa con medidas antropométricas pendientes	06 Cambio de domicilio
3	____	____	____:____	____:____	____	03 Entrevista incompleta	07 Familia no localizada
4	____	____	____:____	____:____	____	04 Ausencia de ocupantes o informante inadecuado	08 Domicilio no localizado
5	____	____	____:____	____:____	____	09 Otra situación	

#### 8. RESPONSABLES

Entrevistador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor(a) de entrevistadores(as): \_\_\_\_\_

#### 9. CONTROL DE PAQUETE

Folio de paquete .....  
S Consecutivo

Consecutivo del cuestionario en el paquete .....  
\_\_\_\_\_

#### CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del Artículo 37, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica en vigor: "Los datos que proporcionen para fines estadísticos los informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico."

#### OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el Artículo 45, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica en vigor: "Los Informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas."

[www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)  
[atencion.usuarios@inegi.org.mx](mailto:atencion.usuarios@inegi.org.mx)

# SECCIÓN 1. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA E IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

## PISOS

**1.1 ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?**

Marque un solo código

- Tierra .....1 ☐
- Cemento o firme .....2 ☐
- Mosaico, madera u otro material .....3 ☐

## NÚMERO DE CUARTOS

**1.2.1 ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos?**

\_\_\_\_\_  
Registre con número

**1.2.2 ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda contando la cocina? (No cuente pasillos y baños)**

\_\_\_\_\_  
Registre con número

## DISPONIBILIDAD DE AGUA

**1.3 ¿En esta vivienda tienen agua de ...**

Lea y marque un solo código

- la red pública dentro de la vivienda? ..... 1 ☐
- la red pública fuera de la vivienda, pero dentro del terreno? ..... 2 ☐
- una llave pública (o hidrante)? ..... 3 ☐
- otra vivienda? ..... 4 ☐
- una pipa? ..... 5 ☐
- un pozo? ..... 6 ☐
- un río, arroyo, lago u otro? ..... 7 ☐

## EXCUSADO O SANITARIO

**1.4.1 ¿Esta vivienda tiene excusado, retrete, sanitario, letrina u hoyo negro?**

Marque un solo código

- Sí .....1 ☐
- No .....2 ☐ → Pase a 1.6

**1.4.2 ¿Este servicio ...**

Lea y marque un solo código

- tiene conexión de agua? .....3 ☐
- le echan agua con cubeta? .....4 ☐
- ¿No se le puede echar agua? .....5 ☐

## USO EXCLUSIVO DE SANITARIO

**1.5 ¿Este servicio es para uso exclusivo de las personas de esta vivienda?**

Marque un solo código

- Sí .....1 ☐
- No .....2 ☐

## DRENAJE

**1.6 ¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a ...**

Lea y marque un solo código

- la red pública? ..... 1 ☐
- una fosa séptica? ..... 2 ☐
- una tubería que va a dar a una barranca? ..... 3 ☐
- una tubería que va a dar a un río, lago o mar? ..... 4 ☐
- ¿No tiene drenaje? ..... 5 ☐

## COMBUSTIBLE

**1.7 ¿El combustible que más usan para cocinar es ...**

Lea y marque un solo código

- gas? .....1 ☐
- leña? .....2 ☐
- carbón? .....3 ☐
- petróleo? .....4 ☐
- electricidad? .....5 ☐

## TENENCIA DE LA VIVIENDA

**1.8 ¿Esta vivienda es ...**

Lea y marque un solo código

- propia y totalmente pagada? .....1 ☐
- propia y la están pagando? .....2 ☐
- rentada o alquilada? .....3 ☐
- resultado de una prestación? .....4 ☐
- regalada o donada? .....5 ☐
- prestada? .....6 ☐
- Otra situación .....7 ☐

## EQUIPAMIENTO

**1.9 ¿En esta vivienda tienen ...**

Lea y marque las opciones afirmativas

- televisión? .....1 ☐
- videocasetera o DVD? .....2 ☐
- teléfono? .....3 ☐
- estufa de gas? .....4 ☐
- refrigerador? .....5 ☐
- lavadora? .....6 ☐
- automóvil o camioneta propios? .....7 ☐
- cisterna o aljibe? .....8 ☐
- calentador de agua (boiler)? .....9 ☐

## TOTAL DE PERSONAS EN LA VIVIENDA

**1.10 ¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda, contando a los niños chiquitos y a los ancianos?**

\_\_\_\_\_  
Registre con número

## GASTO COMÚN

**1.11 ¿Todas las personas que viven en esta vivienda comparten un mismo gasto para comer?**

Marque un solo código

- Sí .....1 ☐ → Pase a la Sección 2
- No .....2 ☐

## NÚMERO DE HOGARES

**1.12 Entonces, ¿cuántos hogares o grupos de personas tienen gasto separado para comer, contando el de usted?**

\_\_\_\_\_  
Registre con número

## SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Número de renglón del (la) informante

*Registre el número de renglón de 2.1*

### PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR AL QUE PERTENECE EL NIÑO(A) SELECCIONADO(A)

	LISTA DE PERSONAS EN EL HOGAR	PARENTESCO	SEXO	EDAD	INSCRIPCIÓN A SEGURIDAD SOCIAL
<b>2.1</b>	<b>2.2 Dígame el nombre de los integrantes de su hogar empezando por el jefe o la jefa.</b> (Incluya a los niños chiquitos y a los ancianos).  <i>Si en la pregunta 1.12 se registró más de un hogar, solo liste a las personas del hogar al que pertenece el(la) niño(a) seleccionado(a)</i>  <i>Entrevistador: Circule el número de renglón de la madre, el padre y el(la) niño(a) beneficiario(a)</i>	<b>2.3 ¿Qué es (NOMBRE) del jefe(a) del hogar?</b>  Jefe(a) ..... 1  Esposo(a) o compañero(a) .... 2  Hijo(a) ..... 3  Padre o madre ... 4  Otro pariente: tío(a), sobrino(a), primo(a) ..... 5  Ninguno ..... 6	<b>2.4 (NOMBRE) es hombre</b>  (NOMBRE) es mujer  Hombre .... 1  Mujer ..... 2	<b>2.5 ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</b>  <i>Registre con número</i>  <i>Menos de un año, registre 000</i>	<b>2.6 ¿Está (NOMBRE) inscrito a algún seguro médico como ...</b>  <i>Lea y registre las opciones que le mencione</i>  IMSS? ..... 1 ISSSTE? ..... 2 Seguro Popular? ..... 3 Seguro Médico para una Nueva Generación? ..... 4 PEMEX, Marina o Defensa? ..... 5 Seguro particular? ..... 6 Otra institución? ..... 7 No está afiliado ..... 8 No sabe ..... 9
<b>Número de renglón</b>	Nombre	<i>Desde esta pregunta y hasta la 2.11, el registro lo hará por persona hasta terminar la lista</i>  <i>Registre el código que corresponda en cada una de las casillas</i>			
1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
6		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
7		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
8		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
9		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
10		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

## SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS			PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		
Número de renglón	CONDICIÓN PARA LEER Y ESCRIBIR	ESCOLARIDAD	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN DE ACTIVIDAD	POSICIÓN EN LA OCUPACIÓN
		<b>2.7 ¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?</b>  Sí ..... 1  No ..... 2	<b>2.8 ¿Hasta qué año o grado aprobó (NOMBRE) en la escuela?</b>  <i>Registre nivel y grado</i> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"><i>Nivel</i></div> Ninguno ..... 0 Preescolar ..... 1 Primaria ..... 2 Secundaria ..... 3 Carrera técnica o comercial con secundaria terminada ..... 4 Preparatoria o bachillerato ..... 5 Carrera técnica o comercial con preparatoria terminada ..... 6 Normal ..... 7 Profesional ..... 8	<b>2.9 ¿La semana pasada (NOMBRE) ...</b> <i>Lea y registre un solo código</i> trabajó? ..... 1 } Pase a 2.11 tenía trabajo, pero no trabajó? ..... 2 } buscó trabajo? ..... 3 ¿Es estudiante? ..... 4 ¿Se dedica a los quehaceres del hogar? ..... 5 ¿Es jubilado(a) o pensionado(a)? ..... 6 ¿Está incapacitado(a) permanentemente para trabajar? ..... 7 → Pase al siguiente renglón no trabajó? ..... 8	<b>2.10 Además de (CONDICIÓN DE 2.9), ¿la semana pasada (NOMBRE) ...</b> <i>Lea y registre un solo código</i> vendió o hizo algún producto para su venta? ..... 1 prestó algún servicio a cambio de un pago (cortar el cabello, dar clases, lavar o planchar ropa ajena)? ..... 2 ayudó trabajando en las tierras o en el negocio de un familiar u otra persona? ..... 3 estaba esperando continuar con su trabajo o negocio? ... 4 } entonces ¿no trabajó? ..... 5 } Pase al siguiente renglón
Registre el código que corresponda en cada una de las casillas					
		<div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div>			
1	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
3	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
4	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
5	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
6	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
7	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
8	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
9	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
10	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

### SECCIÓN 3. SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL

NOMBRE DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO	CONDICIÓN DEL NIÑO(A)	NÚMERO DE RENGLÓN
Registre el nombre de el(la) niño(a)	Registre con número Día Mes Año	Marque un solo código Vivo .....1 <input type="checkbox"/> Fallecido .....2 <input type="checkbox"/> → Pase a sección 12	Registre el número de renglón de la sección 2.

**Entrevistador(a):** A partir de esta sección, las preguntas las debe responder la madre del niño(a).

Ahora le haré algunas preguntas sobre los embarazos que ha tenido usted, así como la atención que recibió durante el embarazo y el nacimiento de **(NOMBRE)**.

<b>TOTAL DE EMBARAZOS</b> <b>3.1 ¿Cuántos embarazos en total ha tenido?</b> Registre con número	<b>TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS</b> <b>3.2 En total, ¿cuántas hijas e hijos que nacieron vivos ha tenido?</b> Registre con número Solo ha tenido un hijo(a) nacido(a) vivo(a), pase a 3.5.1	<b>HIJOS MENORES DE 5 AÑOS FALLECIDOS</b> <b>3.3 ¿Falleció alguno de sus hijos o hijas antes de los 5 años?</b> Marque un solo código Sí ..... 1 <input type="checkbox"/> No ..... 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 3.5.1								
<b>EDAD DE LOS MENORES FALLECIDOS</b> <b>3.4 ¿A qué edad falleció(eron) su(s) hijo(s/as) menor(es) de 5 años?</b> Registre con número <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hijo(a) fallecido(a)</th> <th>Edad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 0 - 28 días, registre 66 29 días a menos de 1 año, registre 77	Hijo(a) fallecido(a)	Edad	1		2		3		<b>CONSUMO DE ÁCIDO FÓLICO</b> <b>3.5.1 ¿Durante el embarazo de (NOMBRE) usted tomó ácido fólico?</b> Marque un solo código Sí ..... 1 <input type="checkbox"/> No ..... 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 3.6.1 <b>3.5.2 ¿A partir de qué mes de embarazo lo tomó?</b> Registre con número <b>3.5.3 ¿Cuántos meses lo tomó?</b> Registre con número Menos de un mes, registre 00	<b>CONSUMO DE HIERRO</b> <b>3.6.1 ¿Durante el embarazo de (NOMBRE) usted tomó hierro?</b> Marque un solo código Sí ..... 1 <input type="checkbox"/> No ..... 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 3.7 <b>3.6.2 ¿A partir de qué mes de embarazo lo tomó?</b> Registre con número <b>3.6.3 ¿Cuántos meses lo tomó?</b> Registre con número Menos de un mes, registre 00
Hijo(a) fallecido(a)	Edad									
1										
2										
3										
<b>INSCRIPCIÓN A OPORTUNIDADES</b> <b>3.7 ¿Usted está inscrita al Programa Oportunidades?</b> Marque un solo código Sí ..... 1 <input type="checkbox"/> No ..... 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 3.9	<b>CONSUMO DE SUPLEMENTO NUTRIVIDA</b> <b>3.8.1 Durante el embarazo y/o mientras le dio (le ha dado) leche materna a (NOMBRE), ¿consumió el suplemento Nutrívita que dan en el Programa Oportunidades?</b> Marque un solo código Sí ..... 1 <input type="checkbox"/> No ..... 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 3.9 <b>3.8.2 ¿Cuántos meses lo tomó (ha tomado)?</b> Registre con número Menos de un mes, registre 00 Más de un año, convierta a meses	<b>PRIMERA REVISIÓN</b> <b>3.9 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?</b> Registre con número Menos de un mes, registre 00 Ninguna revisión, registre 66 y pase a 3.12								

### SECCIÓN 3. SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL

LUGAR DE REVISIÓN DURANTE EL EMBARAZO	REVISIONES DURANTE EL EMBARAZO		COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO
<b>3.10 ¿En qué institución la revisaron?</b> <i>Marque las opciones que le mencione</i>	<b>3.11.1 Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿la revisó algún personal como...</b> <i>Lea y marque las dos principales personas que le mencione</i>	<b>3.11.2 ¿Cuántas veces?</b> <i>Registre el número de veces</i>	<b>3.12 ¿Durante el embarazo de (NOMBRE) tuvo complicaciones como ...</b> <i>Lea y marque las opciones afirmativas</i>
SSA Centro de salud u hospital ..... 1 <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades ..... 2 <input type="checkbox"/> IMSS ..... 3 <input type="checkbox"/> ISSSTE ..... 4 <input type="checkbox"/> Marina / Defensa ..... 5 <input type="checkbox"/> PEMEX ..... 6 <input type="checkbox"/> Consultorio u hospital privado ..... 7 <input type="checkbox"/> Cruz Roja ..... 8 <input type="checkbox"/> Otro lugar ..... 9 <input type="checkbox"/> <i>especifique</i>	médico? ..... 1 <input type="checkbox"/> enfermera? ..... 2 <input type="checkbox"/> promotora, auxiliar o asistente de salud? ..... 3 <input type="checkbox"/> partera? ..... 4 <input type="checkbox"/> ¿Otro personal? ... 5 <input type="checkbox"/>	       	diabetes? ..... 1 <input type="checkbox"/> hinchazón de piernas, pies o manos? .. 2 <input type="checkbox"/> presión alta o preclampsia? ..... 3 <input type="checkbox"/> convulsiones? ..... 4 <input type="checkbox"/> amenaza de aborto? ..... 5 <input type="checkbox"/> infección en vías urinarias o riñones? .. 6 <input type="checkbox"/> Otra ..... 7 <input type="checkbox"/> <i>especifique</i> ¿Ninguna complicación? ..... 8 <input type="checkbox"/>

### SECCIÓN 4. DATOS SOBRE EL NACIMIENTO DEL NIÑO(A)

Ahora le haré algunas preguntas sobre el nacimiento de (NOMBRE) y cuáles fueron las condiciones al nacer.

DURACIÓN DEL EMBARAZO	TIPO DE PARTO	COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO
<b>4.1 ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando nació (NOMBRE)?</b>	<b>4.2 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue ...</b> <i>Lea y marque la opción que le mencione</i>	<b>4.3 ¿Durante el parto o después del nacimiento de (NOMBRE), tuvo complicaciones como ...</b> <i>Lea y marque las opciones afirmativas</i>
<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Semanas </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Meses </div> <i>Registre con número</i> <i>No sabe, registre 88 en semanas</i>	parto normal? ..... 1 <input type="checkbox"/> cesárea por urgencia? .... 2 <input type="checkbox"/> cesárea programada? .... 3 <input type="checkbox"/>	presión alta o preclampsia? ..... 1 <input type="checkbox"/> contracciones o dolores de parto con duración de 12 horas o más? ..... 2 <input type="checkbox"/> hemorragia vaginal abundante después del parto? ..... 3 <input type="checkbox"/> fiebre alta y secreción vaginal con mal olor? ..... 4 <input type="checkbox"/> convulsiones o ataques que no hayan sido causados por fiebre? .. 5 <input type="checkbox"/> Otra ..... 6 <input type="checkbox"/> <i>especifique</i> ¿Ninguna complicación? ..... 7 <input type="checkbox"/>

LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO	PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO	PESO AL NACER
<b>4.4 ¿En qué institución la atendieron cuando nació (NOMBRE)?</b> <i>Marque un solo código</i>	<b>4.5 ¿Quién la atendió en el momento parto?</b> <i>Marque un solo código</i>	<b>4.6 ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?</b>
SSA Centro de salud u hospital ..... 1 <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades ..... 2 <input type="checkbox"/> IMSS ..... 3 <input type="checkbox"/> ISSSTE ..... 4 <input type="checkbox"/> Marina / Defensa ..... 5 <input type="checkbox"/> PEMEX ..... 6 <input type="checkbox"/> Consultorio u hospital privado ..... 7 <input type="checkbox"/> Casa de la partera ..... 8 <input type="checkbox"/> Casa de la embarazada ..... 9 <input type="checkbox"/> Otro lugar ..... 10 <input type="checkbox"/> <i>especifique</i>	Médico ..... 1 <input type="checkbox"/> Enfermera ..... 2 <input type="checkbox"/> Promotora, auxiliar o asistente de salud, partera ..... 3 <input type="checkbox"/> Pariente o familiar ..... 4 <input type="checkbox"/> Otra persona ..... 5 <input type="checkbox"/> Nadie ..... 6 <input type="checkbox"/>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> Registre en gramos </div> <i>No lo pesaron, registre 6666</i> <i>No sabe, registre 8888</i>

## SECCIÓN 4. DATOS SOBRE EL NACIMIENTO DEL NIÑO(A)

NECESIDADES DE ATENCIÓN AL NACER		LUGAR DE ATENCIÓN
<b>4.7 Cuando nació (NOMBRE) ...</b> <i>Lea las opciones y registre un código en cada renglón</i>  <div style="text-align: right;"> Sí ..... 1  No ..... 2 → Pase al siguiente renglón </div>		<b>4.8 ¿Dónde lo(a) atendieron?</b> <i>Registre un código en cada renglón</i>  SSA Centro de salud u hospital ..... 1 IMSS Oportunidades ..... 2 IMSS ..... 3 ISSSTE ..... 4 Marina / Defensa ..... 5 PEMEX ..... 6 Consultorio u hospital privado ..... 7 Cruz Roja ..... 8 Otro lugar ..... 9
¿requirió incubadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿fue necesario trasladarlo al (a otro) hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿requirió terapia intensiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNÓSTICO AL NACER		LUGAR DE DIAGNÓSTICO
<b>4.9 A (NOMBRE), ¿algún personal médico le ...</b> <i>Lea las opciones y registre un código en cada renglón</i>  <div style="text-align: right;"> Sí ..... 1  No ..... 2 → Pase al siguiente renglón </div>		<b>4.10 ¿En qué institución?</b> <i>Registre un código en el renglón que corresponda</i>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SSA Centro de salud u hospital .... 1  IMSS Oportunidades ..... 2  IMSS ..... 3  ISSSTE ..... 4  Marina / Defensa ..... 5 </div> <div> PEMEX ..... 6  Consultorio u hospital privado ... 7  Cruz Roja ..... 8  Otro lugar ..... 9 </div> </div>
encontró alguna malformación o defecto al nacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hizo la prueba del Tamiz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CERTIFICADO DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO
<b>4.11 Cuando nació (NOMBRE), ¿le entregaron el certificado de nacimiento?</b> <i>Marque un solo código</i>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Sí ..... 1 <input type="checkbox"/>  No ..... 2 <input type="checkbox"/>  No sabe ..... 8 <input type="checkbox"/> </div> <div> </div> </div>	<b>4.12 ¿A los cuántos meses de nacido registró a (NOMBRE) para obtener su acta de nacimiento?</b>  <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <i>Registre con número</i>  Menos de un mes, registre 00  No se ha registrado, registre 66  No sabe, registre 88 </div>

## SECCIÓN 5. LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN

Ahora le haré algunas preguntas sobre el periodo de lactancia y la alimentación de (NOMBRE).

LACTANCIA	ALIMENTOS AL NACIMIENTO	LACTANCIA ACTUAL	DURACIÓN DE LA LACTANCIA
<b>5.1 ¿Le dio (dieron) leche materna a (NOMBRE) alguna vez?</b> <i>Marque un solo código</i>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Sí ..... 1 <input type="checkbox"/>  No ..... 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 5.5 </div> <div> </div> </div>	<b>5.2 En los primeros tres días de nacido(a), ¿le dio (dieron) a (NOMBRE) algo de beber aparte de la leche materna como ...</b> <i>Lea y marque las opciones que le mencione</i>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> agua simple? ..... 1 <input type="checkbox"/>  té? ..... 2 <input type="checkbox"/>  leche de fórmula? ..... 3 <input type="checkbox"/>  leche que no fuera materna ni de fórmula? ..... 4 <input type="checkbox"/>  otro líquido? ..... 5 <input type="checkbox"/>  Solo leche materna ..... 6 <input type="checkbox"/> </div> <div> </div> </div>	<b>5.3 ¿Aún le da (dan) leche materna a (NOMBRE)?</b> <i>Marque un solo código</i>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Sí ..... 1 <input type="checkbox"/> → Pase a 5.5  No ..... 2 <input type="checkbox"/> </div> <div> </div> </div>	<b>5.4 ¿Cuánto tiempo le dio (dieron) leche materna a (NOMBRE)?</b>  <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/>  Meses   <input type="text"/> <input type="text"/>  Días   <i>Registre con número</i>  Menos de un mes, registre el dato en días </div>



## SECCIÓN 5. LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN

### EDAD DEL CONSUMO REGULAR DE ALIMENTOS

#### 5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomar o comer regularmente (ALIMENTO) ...

Lea y registre en cada renglón los meses que le mencione

Menos de un mes, registre 00  
No ha iniciado de manera regular, registre 66  
No sabe, registre 88

	Meses		Meses
agua simple?	<input type="text"/>	frutas y verduras?	<input type="text"/>
leche en polvo o líquida?	<input type="text"/>	carnes enteras o en puré?	<input type="text"/>
leche LICONSA en polvo o líquida?	<input type="text"/>	huevo?	<input type="text"/>
líquidos como agua endulzada, té, jugos, caldo de frijol, de pollo o de res, aguamiel?	<input type="text"/>	derivados lácteos?	<input type="text"/>
refrescos o sodas?	<input type="text"/>	NUTRISANO o suplemento alimenticio (papilla) del Programa Oportunidades?	<input type="text"/>
avena, arroz, frijol, lentejas, habas ?	<input type="text"/>	frituras, galletas, dulces o pastelitos?	<input type="text"/>

## SECCIÓN 6. INSCRIPCIÓN AL SMNG

Enseguida le preguntaré sobre la inscripción de (NOMBRE) al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).

### FECHA DE INSCRIPCIÓN

#### 6.1.1 ¿(NOMBRE) está inscrito al SMNG?

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐

No ..... 2 ☐

Desconoce si está inscrito al SMNG ..... 3 ☐

} Pase a sección 8

#### 6.1.2 ¿En qué fecha inscribió a (NOMBRE) al Seguro Médico para una Nueva Generación?

Día Mes Año

Registre con número

### LUGAR DE INSCRIPCIÓN

#### 6.2 ¿Dónde inscribió a (NOMBRE) al SMNG?

Marque un solo código

Módulo en hospital ..... 1 ☐

Módulo en Unidad de Salud ..... 2 ☐

Módulo móvil ..... 3 ☐

Campaña de salud ..... 4 ☐

Otro lugar ..... 5 ☐

especifique

### ANTECEDENTE DE INSCRIPCIÓN

#### 6.3 Cuando inscribió a (NOMBRE), ¿su familia ya contaba con el Seguro Popular?

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐

No y la familia se afilió en el mismo momento ..... 2 ☐

### CUOTA DEL SEGURO POPULAR

#### 6.4 En el último año, ¿cuánto pagó por estar inscrito al Seguro Popular?

\$

Registre con número

No gastó, registre 0 en todas las casillas

No sabe, registre 8 en todas las casillas

### DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN

#### 6.5 Cuando inscribió a (NOMBRE) al SMNG, ¿le entregaron algún documento como ...

Lea y registre un solo código en cada opción

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe .... 8

copia de la póliza? ..... 1 ☐

carta de derechos y obligaciones? ..... 2 ☐

catálogo de beneficios médicos? ..... 3 ☐

### ASIGNACIÓN DE CLÍNICA

#### 6.6 La clínica donde le toca recibir atención médica a (NOMBRE), ¿se la asignaron ...

Lea y marque un solo código

al momento de inscribirlo(a)? .. 1 ☐

en otro momento? ..... 2 ☐

¿No se la han asignado? ..... 3 ☐

No sabe ..... 8 ☐

## SECCIÓN 6. INSCRIPCIÓN AL SMNG

### USO DE LOS SERVICIOS

**6.7 ¿Ha utilizado los servicios de salud del SMNG para que atiendan a (NOMBRE)?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐ → Pase a sección 7  
No ..... 2 ☐

### MOTIVO DE NO USO

**6.8 ¿Por qué no los ha usado?**

Marque las opciones que le mencione y pase a la sección 8

Nos queda lejos .....1 <input type="checkbox"/>	No hay médico(s) .....6 <input type="checkbox"/>	El transporte es caro..... 11 <input type="checkbox"/>
No sé como funciona.....2 <input type="checkbox"/>	El horario es inadecuado...7 <input type="checkbox"/>	Tiene otro seguro médico .. 12 <input type="checkbox"/>
No sé a donde llevarlo.....3 <input type="checkbox"/>	La atención es mala .....8 <input type="checkbox"/>	Prefiero llevarlo a otro servicio ..... 13 <input type="checkbox"/>
Son muchos trámites/no tengo el trámite completo..4 <input type="checkbox"/>	Me hacen esperar mucho tiempo .....9 <input type="checkbox"/>	No lo ha necesitado ..... 14 <input type="checkbox"/>
Le negaron la atención .....5 <input type="checkbox"/>	El servicio es caro .....10 <input type="checkbox"/>	No sabe ..... 88 <input type="checkbox"/>

## SECCIÓN 7. USO Y SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Ahora le haré algunas preguntas sobre la última vez que (NOMBRE) recibió atención en las unidades de salud u hospitales por parte del SMNG.

### TIEMPO DE TRASLADO

**7.1 ¿Cuánto tiempo le toma trasladarse de su casa hasta la unidad de salud en la que normalmente atienden a (NOMBRE)?**

\_\_\_\_ : \_\_\_\_  
Horas Minutos

Menos de una hora, registre en minutos

### GASTO POR TRASLADO

**7.2 ¿Cuánto gasta en el traslado cada vez que lleva a (NOMBRE) a recibir atención médica?**

\$ \_\_\_\_  
Registre con número

No gasta, registre 0 en todas las casillas  
No sabe, registre 8 en todas las casillas

### ATENCIÓN MÉDICA

**7.3 Cada vez que solicitan atención médica para (NOMBRE), ¿se la dan?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐  
No ..... 2 ☐  
No sabe ..... 8 ☐

### ÚLTIMA VEZ QUE USÓ LOS SERVICIOS

**7.4 ¿Hace cuánto fue la última vez que llevó a (NOMBRE) a la unidad de salud que le corresponde por parte del SMNG?**

\_\_\_\_  
Meses  
\_\_\_\_  
Días

Registre con número  
Menos de un mes, registre en días

### TIEMPO DE ATENCIÓN

**7.5 En la última consulta de (NOMBRE), ¿cuánto tiempo permaneció en la sala de espera antes de que lo(a) atendieran?**

Marque un solo código

Hasta 30 minutos .....1 <input type="checkbox"/>	De 91 a 120 minutos ..... 4 <input type="checkbox"/>
De 31 a 60 minutos.....2 <input type="checkbox"/>	Más de 120 minutos ..... 5 <input type="checkbox"/>
De 61 a 90 minutos..... 3 <input type="checkbox"/>	

### TRATO DEL MÉDICO

**7.6 En la última consulta, ¿considera que el trato que el médico les dio a usted y a (NOMBRE) fue ...**

Lea y marque un solo código

muy bueno? ..... 1 ☐  
bueno? ..... 2 ☐  
regular? ..... 3 ☐  
malo? ..... 4 ☐  
muy malo? ..... 5 ☐

### EXPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

**7.7 En la última consulta, ¿el médico le informó en qué consistía la enfermedad de (NOMBRE)?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐  
No ..... 2 ☐

### ATENCIÓN DEL MÉDICO

**7.8 Con la atención que le dio el médico a (NOMBRE) en la última consulta, ¿usted quedó ...**

Lea y marque un solo código

totalmente satisfecho(a)? ..... 1 ☐  
satisfecho(a)? ..... 2 ☐  
regularmente satisfecho(a)? ..... 3 ☐  
insatisfecho(a)? ..... 4 ☐  
totalmente insatisfecho(a)? ..... 5 ☐

### MISMO MÉDICO

**7.9 Si (NOMBRE) tuviera otro problema de salud, ¿lo llevaría con el médico que lo atendió la última vez?**

Marque un solo código

Sí .....1 ☐  
No .....2 ☐  
No sabe .....8 ☐

### REFERENCIA A UN ESPECIALISTA

**7.10 ¿El médico que atiende a (NOMBRE) le ha mencionado que (su hijo) necesita ser atendido por un especialista?**

Marque un solo código

Sí .....1 ☐  
No .....2 ☐  
No sabe .....8 ☐

## SECCIÓN 7. USO Y SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### ENTREGA DE MEDICAMENTOS

**7.11** En la última consulta de (NOMBRE), ¿le surtieron todos los medicamentos que le recetó el médico en la farmacia de la unidad médica?

Marque un solo código

Le surtieron todos .... 1 ☐

Faltaron (1 o más) .... 2 ☐

Faltaron todos ..... 3 ☐ → Pase a 7.13

No sabe ..... 8 ☐

### TIEMPO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

**7.12** ¿Cuánto tiempo tardaron en entregarle los medicamentos para (NOMBRE)?

\_\_\_\_\_  
Días

Mismo día, registre 00

No sabe, registre 88

### GASTO EN MEDICAMENTOS

**7.13** ¿Cuánto gastó para obtener el total de medicamentos que le recetaron a (NOMBRE)?

\$ \_\_\_\_\_  
Registre con número

No gastó, registre 0 en todas las casillas  
No pudo pagar para obtenerlos, registre 6 en todas las casillas

### SERVICIOS UTILIZADOS

**7.14** En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) ha usado los servicios del SMNG como ...

Lea y registre un código en cada renglón

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

} Pase al siguiente renglón

### LUGAR DE ATENCIÓN

**7.15** ¿En qué institución lo(a) atendieron?

Registre un código en el renglón que corresponda

SSA Centro de salud u hospital ..... 1

IMSS Oportunidades ..... 2

IMSS ..... 3

ISSSTE ..... 4

Marina/Defensa ..... 5

PEMEX ..... 6

Consultorio u hospital privado ..... 7

Cruz roja ..... 8

Otro lugar ..... 9

### MISMO LUGAR DE SERVICIO

**7.16** Si usted pudiera elegir, ¿regresaría al mismo lugar para que atendieran a (NOMBRE)?

Registre un código en el renglón que corresponda

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

consulta externa en un centro de salud?

\_\_\_\_\_

consulta externa en un hospital?

\_\_\_\_\_

medicina preventiva (vacunación) ?

\_\_\_\_\_

estudios de laboratorio?

\_\_\_\_\_

rayos X y otros estudios de imagen?

\_\_\_\_\_

hospitalización?

\_\_\_\_\_

urgencias?

\_\_\_\_\_

## SECCIÓN 8. USO DE SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS Y VACUNACIÓN

Ahora le voy a preguntar sobre las veces que ha llevado a revisión a (NOMBRE) sin que haya estado enfermo y las vacunas que le han puesto.

### CARNET DE CITAS

**8.1** ¿Tiene el carnet de citas o de control del niño sano?

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐

No ..... 2 ☐

Si, pero en ese momento no dispone de él ... 3 ☐ } Pase a 8.3

### REGISTRO DE REVISIONES

**8.2** Por favor muéstreme el carnet de citas o control del niño sano de (NOMBRE)

Copie del carnet si se efectuaron las revisiones

Sí ..... 1 No .... 2

Al nacer ..... ☐

A los 7 días ..... ☐

A los 28 días ..... ☐

Al menos cada 2 meses ..... ☐

Seguro Médico para una Nueva Generación 2009

11

## SECCIÓN 8. USO DE SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS Y VACUNACIÓN

### EXPEDIENTE CLÍNICO

**8.3 La primera vez que llevó a la Unidad Médica de Salud a (NOMBRE), ¿le elaboraron un expediente clínico?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐

No ..... 2 ☐

Nunca lo(a) ha llevado.. 3 ☐ → Pase a 8.7

No sabe ..... 8 ☐

### REVISIONES PREVENTIVAS

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

| |  
Veces

Ninguna vez, registre 00 y pase a 8.7

### PRUEBAS Y ACCIONES PREVENTIVAS

**8.5 En las revisiones que le hicieron a (NOMBRE), ¿le han ...**

Lea y registre un código en cada renglón

Sí ..... 1

No ..... 2 → Pase al siguiente renglón

hecho pruebas para saber si está bien de la vista?

| |

hecho pruebas para saber si escucha bien?

| |

dado hierro?

| |

dado vitamina A?

| |

dado medicamentos para eliminar los parásitos?

| |

### LUGAR DE LAS REVISIONES

**8.6 ¿En qué institución?**

Registre un código en el renglón que corresponda

SSA Centro de salud u hospital .... 1	PEMEX ..... 6
IMSS Oportunidades ..... 2	Consultorio u hospital privado ... 7
IMSS ..... 3	Cruz Roja ..... 8
ISSSTE ..... 4	Otro lugar ..... 9
Marina / Defensa ..... 5	

### CARTILLA DE VACUNACIÓN

**8.7 Por favor muéstreme la cartilla de vacunación de (NOMBRE)**

Revise la cartilla y registre un solo código

Si la muestra ..... 1 ☐

No tiene cartilla ..... 2 ☐

Si la tiene, pero en ese momento no dispone de ella .. 3 ☐ } Pase a sección 9

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	VACUNA APLICADA Sí ..... 1 No .... 2
SRP	SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS	Primera	
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+ VIP+Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS, POLIO- MIELITIS E INFECCIONES POR H. Influenzas TIPO B	Primera	
		Segunda	
		Tercera	
		Refuerzo	
NEUMOCÓCCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	Primera	
		Segunda	
		Refuerzo	
INFLUENZA	INFLUENZA	Primera	
		Segunda	
		Revacunación	
		Refuerzo	
ROTAVIRUS	ROTAVIRUS	Primera	
		Segunda	

## SECCIÓN 9. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

Le haré preguntas sobre algunas enfermedades frecuentes en los niños pequeños como la diarrea e infecciones respiratorias.

DIARREA EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS	DURACIÓN DE LA DIARREA	FILTRO	DIARREA Y AMAMANTAMIENTO
<p><b>9.1 En las últimas dos semanas, ¿(NOMBRE) tuvo (tiene) diarrea?</b></p> <p>Marque un solo código</p> <p>Sí ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No ..... 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 9.7</p>	<p><b>9.2 ¿Cuántos días tuvo (ha tenido) diarrea (NOMBRE)?</b></p> <p>_____</p> <p>Registre con número</p> <p>Menos de un día registre 00</p> <p>No sabe, registre 88</p>	<p><b>9.3 Revise la pregunta 5.3 ¿Aún le dan leche materna? y marque el código correspondiente</b></p> <p>Sí ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No ..... 2 <input type="checkbox"/> } Pase a 9.5</p> <p>Casillas en blanco ..... 3 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>9.4 Durante la diarrea que tuvo (tiene) (NOMBRE), ¿la leche materna ...</b></p> <p>Lea y marque un solo código</p> <p>se la siguió dando? ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>se la dio más seguido? ..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>se la dio menos seguido? ..... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>la suspendió? ..... 4 <input type="checkbox"/></p>
<p><b>CONSUMO DE LÍQUIDOS</b></p> <p><b>9.5 Durante la diarrea, ¿le dio (ha dado) a (NOMBRE) ...</b></p> <p>Lea y marque las opciones afirmativas</p> <p>vida suero oral? ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>suero comercial? ..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>agua sola? ..... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>tés? ..... 4 <input type="checkbox"/></p> <p>otros líquidos? ..... 5 <input type="checkbox"/></p> <p>¿Ninguno? ..... 6 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ALIMENTACIÓN</b></p> <p><b>9.6 Sin considerar la leche, ¿ahora que (NOMBRE) tuvo (ha tenido) diarrea, en relación con los alimentos ...</b></p> <p>Lea y marque un solo código</p> <p>le dio la misma cantidad? ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>le dio más cantidad? ..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>le dio menos cantidad? ..... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>se los suspendió todos? ..... 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Aún no le da ..... 5 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>SIGNOS DE ALARMA DE DIARREA</b></p> <p><b>9.7 ¿Qué molestias debe presentar (NOMBRE) para que usted lo(a) lleve al médico por diarrea?</b></p> <p>Marque las opciones que le mencione</p> <p>Mucha sed ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Poca ingesta de líquidos o alimentos ..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Estar muy quieto (débil) ..... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Evacuaciones muy frecuentes ..... 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Vómitos ..... 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre o calentura ..... 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Llanto sin lágrimas ..... 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Sangre en heces ..... 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra molestia ..... 9 <input type="checkbox"/></p> <p>especifique</p> <p>No sabe ..... 88 <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS</b></p> <p><b>9.8 En las últimas dos semanas, ¿(NOMBRE) ha tenido gripa, catarro, tos, bronquitis, dolor de oídos o de anginas?</b></p> <p>Marque un solo código</p> <p>Sí ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No ..... 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 9.11</p>	<p><b>TIPO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA</b></p> <p><b>9.9 ¿De qué se enfermó la última vez (NOMBRE)?</b></p> <p>Marque las opciones que le mencione</p> <p>Gripa o catarro ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Tos ..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Bronquitis ..... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Neumonía ..... 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de oídos ..... 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de anginas ..... 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra ..... 7 <input type="checkbox"/></p> <p>especifique</p>	<p><b>FIEBRE O CALENTURA</b></p> <p><b>9.10 Debido a esta(s) enfermedad(es), ¿(NOMBRE) ha tenido fiebre o calentura?</b></p> <p>Marque un solo código</p> <p>Sí ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No ..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe ..... 8 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>SIGNOS DE ALARMA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS</b></p> <p><b>9.11 ¿Qué molestias debe presentar (NOMBRE) para que usted lo(a) lleve al médico por una enfermedad respiratoria?</b></p> <p>Marque las opciones que le mencione</p> <p>Respira rápido ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No puede respirar ..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No come ni bebe ..... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Se pone frío ..... 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Se ve más enfermo ..... 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre o calentura ..... 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Le sale pus del oído ..... 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Le aparecen puntos blancos en la garganta ..... 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra molestia ..... 9 <input type="checkbox"/></p> <p>especifique</p> <p>No sabe ..... 88 <input type="checkbox"/></p>

# SECCIÓN 9. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

**Entrevistador(a):** Ubicar al informante para que se remita al último evento.

ATENCIÓN MÉDICA		TIEMPO DE ATENCIÓN		LUGAR DE ATENCIÓN	USO DE LA PÓLIZA	MEDICAMENTOS RECIBIDOS
<b>9.12 ¿Hace cuántos meses fue la última vez que (NOMBRE) tuvo ...</b>  <i>Menos de un mes, registre 00</i>  <i>No ha tenido, registre 66</i>  ↓ Pase al siguiente renglón, si es el último pase a 9.22	<b>9.13 ¿Recibió atención médica en esa ocasión?</b>  <i>Registre un solo código</i>  Sí ..... 1  No ... 2 → Pase al siguiente renglón, si es el último pase a 9.22	<b>9.14 ¿Cuánto tiempo pasó desde que inició la (ENFERMEDAD) y recibió atención médica?</b>  <i>Registre un solo código</i>  <i>Menos de un día, registre el número de horas</i> <i>No sabe, registre 88 en días y horas</i>  <div> Días Horas </div>		<b>9.15 ¿Dónde lo(a) atendieron?</b>  <i>Registre un solo código</i>  SSA Centro de salud u hospital ..... 1 IMSS ..... 2 Oportunidades ..... 2 IMSS ..... 3 ISSSTE ..... 4 Marina / Defensa ..... 5 PEMEX ..... 6 Consultorio u hospital privado ..... 7 Cruz roja ..... 8 Otro lugar ..... 9 No sabe ..... 88	<b>9.16 ¿Llevó la póliza del SMNG para que lo(a) atendieran?</b>  <i>Registre un solo código</i>  Sí ..... 1  No ..... 2  No tiene póliza ..... 3  Desconoce si está inscrito al SMNG ..... 4  No sabe ..... 8	<b>9.17 ¿Recibió medicamentos en esa ocasión?</b>  <i>Registre un solo código</i>  Sí ..... 1 <b>¿Cuáles?</b> ↓ <i>Registre hasta cuatro medicamentos que le mencione</i>  No ..... 2
<b>diarrea?</b>  <div> Meses </div>						<div> 1) _____  2) _____  3) _____  4) _____ </div>
<b>gripa, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?</b>  <div> Meses </div>						<div> 1) _____  2) _____  3) _____  4) _____ </div>

SERVICIO DE URGENCIAS	TIEMPO EN URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN	TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN
<b>9.18 ¿Fue atendido(a) en el servicio de urgencias cuando tuvo ...</b>  <i>Registre un solo código</i>  Sí ..... 1  No .... 2 → Pase al siguiente renglón y si es el último pase a 9.22	<b>9.19 ¿Cuánto tiempo estuvo en el servicio de urgencias?</b>  <i>Registre el número en horas</i> <i>Menos de 1 hora, registre 01</i> <i>Más de 48 horas, registre 48</i> <i>No sabe, registre 88</i>	<b>9.20 ¿Fue necesario hospitalizarlo(a)?</b>  <i>Registre un solo código</i>  Sí ..... 1  No ..... 2 No sabe ..... 8 } <div> Pase al siguiente renglón, si es el último pase a 9.22 </div>	<b>9.21 ¿Cuántos días u horas estuvo hospitalizado(a)?</b>  <i>Registre el número de días</i> <i>Menos de un día, registre en horas</i> <i>No sabe, registre 88 en días y horas</i>  <div> Días Horas </div>
<b>diarrea?</b>			
<b>gripa, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?</b>			

## SECCIÓN 9. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

Ahora le preguntaré sobre otras enfermedades y accidentes que pudo haber tenido (**NOMBRE**), diferentes a la diarrea o infecciones respiratorias.

### 9.22 ¿Ha tenido (**NOMBRE**) otras enfermedades diferentes a diarrea o infecciones respiratorias, desde su nacimiento?

*Marque un solo código*

Sí ..... 1 ☐

No ..... 2 ☐ → Pase a 9.28

	ENFERMEDADES	EDAD EN MESES	LUGAR DE ATENCIÓN	USO DE LA PÓLIZA	TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN
Evento	<b>9.23 ¿Qué otras enfermedades ha tenido (<b>NOMBRE</b>)?</b>  <i>Registre hasta cinco enfermedades iniciando con la más reciente</i>	<b>9.24 ¿Cuántos meses tenía cuando se enfermó?</b>  <i>Menos de un mes, registre 00</i>	<b>9.25 ¿Dónde lo(a) atendieron?</b>  <i>Registre un solo código</i> SSA Centro de salud u hospital ..... 1 IMSS Oportunidades ..... 2 IMSS ..... 3 ISSSTE ..... 4 Marina / Defensa ..... 5 PEMEX ..... 6 Consultorio u hospital privado ..... 7 Cruz roja ..... 8 Otro lugar ..... 9  No solicitó atención ..... 66 <div style="text-align: center;">↓</div> <i>Pase a la siguiente enfermedad, si es la última pase a 9.28</i>  No sabe..... 88	<b>9.26 ¿Llevó la póliza del SMNG para solicitar que lo(a) atendieran?</b>  <i>Registre un solo código</i>  Sí ..... 1 No ..... 2  No tiene póliza ..... 3  Desconoce si está inscrito al SMNG 4  No sabe ..... 8	<b>9.27 ¿Cuántos días lo(a) hospitalizaron?</b>  <i>Más de 98 días, registre 99</i>  <i>No lo(a) hospitalizaron, registre 00</i>  <i>Menos de 24 horas, registre 01</i>  <i>No sabe, registre 88</i>
	1	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
2	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
3	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
4	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
5	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	

#### ACCIDENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

### 9.28 En los últimos 12 meses, ¿(**NOMBRE**) sufrió algún daño a su salud a causa de un accidente?

*Marque un solo código*

Sí ..... 1 ☐

No ..... 2 ☐

No sabe ..... 8 ☐

} Pase a Sección 10

#### TIPO DE ACCIDENTE

### 9.29 ¿Cómo fue que se accidentó?

*Marque las opciones que le mencione*

Caída de un mismo nivel ..... 1 ☐

Caída de un nivel a otro ..... 2 ☐

Contacto con calor y sustancias calientes ..... 3 ☐

Otros ..... 4 ☐

*especifique*

## SECCIÓN 10. ASISTENCIA A TALLERES O PLÁTICAS PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

En ocasiones se imparten talleres o pláticas para el cuidado de la salud en diversos lugares, por ello le haré unas preguntas sobre este tema.

### CONOCIMIENTO DE LOS TALLERES

**10.1 ¿Conoce usted sobre la existencia de los talleres o pláticas para el autocuidado de la salud?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐  
 No ..... 2 ☐ → Pase a  
 sección 11

### ASISTENCIA A TALLERES

**10.2 ¿Ha asistido usted o alguna persona de su familia a los talleres o pláticas para el autocuidado de la salud?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐  
 No ..... 2 ☐  
 No sabe ..... 8 ☐ } Pase  
 a 10.5

### LUGAR DE LOS TALLERES

**10.3 ¿El lugar donde ha(n) ido a los talleres o pláticas es ...**

Lea y marque las opciones afirmativas

centro de salud (SSA)? ..... 1 ☐  
 clínica u hospital del IMSS? ..... 2 ☐  
 en su comunidad por IMSS Oportunidades? ..... 3 ☐  
 en la casa de la promotora o auxiliar de salud? ..... 4 ☐  
 Otro lugar ..... 5 ☐  
 especifique

### INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS MENORES

**10.4 En los talleres o pláticas que ha(n) participado, ¿le(s) han dado información sobre la salud de los recién nacidos y menores de 5 años?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐  
 No ..... 2 ☐  
 No sabe ..... 8 ☐

### CORRESPONSABILIDAD

**10.5 ¿Usted sabe si la asistencia a los talleres o pláticas forma parte de las obligaciones establecidas en el SMNG?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐  
 No ..... 2 ☐

## SECCIÓN 11. GASTOS EN SALUD DEL NIÑO(A)

Le haré algunas preguntas sobre los gastos que ha realizado para atender la salud de (NOMBRE).

### CONSULTAS, MEDICAMENTOS Y ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO

**11.1 En los últimos 3 meses, para la atención médica de (NOMBRE), ¿cuánto gastó en ...**

consultas? (Médico general o especialista) \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

análisis clínicos o estudios de gabinete  
 como rayos X o exámenes de sangre? .... \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

medicamentos? (Incluya los recetados y no  
 recetados, suplementos alimenticios y  
 material de curación) ..... \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

medicina tradicional o alternativa?  
 (Incluya al curandero, naturista,  
 homeópata) ..... \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Registre con número

No ha gastado, registre 0 en todas las casillas

### GASTOS EN HOSPITALIZACIÓN

**11.2 Revise preguntas 9.20 y 9.27 sobre hospitalización. Si el menor ha sido hospitalizado continúe en 11.3, de lo contrario, pase a 11.4.1**

**11.3 En los últimos 12 meses, como resultado de alguna enfermedad o accidente de (NOMBRE), ¿cuánto gastó en hospitalización?**

\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Registre con número

No ha gastado, registre 0 en todas las casillas

No sabe, registre 8 en todas las casillas

### FUENTE DE RECURSOS PARA GASTOS EN SALUD

**11.4.1 En los últimos 12 meses, además de los sueldos y salarios del hogar, para cubrir los gastos de la atención médica y de hospitalización de (NOMBRE), ¿el hogar utilizó dinero proveniente de ...**

Lea y marque las opciones afirmativas

ahorros (cuenta bancaria, tandas)? ..... 1 ☐  
 préstamos de parientes o amigos  
 que no son miembros del hogar? ..... 2 ☐  
 la venta de propiedades, muebles  
 o animales? ..... 3 ☐  
 empeño de bienes? ..... 4 ☐  
 un crédito bancario? ..... 5 ☐  
 Ninguna de las anteriores ..... 6 ☐ → Pase  
 a 11.5

**11.4.2 ¿Cuánto fue el dinero que obtuvo?**

\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Registre con número

### APLAZAMIENTO O NO ATENCIÓN

**11.5 Por problemas de dinero, en los últimos 12 meses, ¿tuvo que ...**

Lea y registre un solo código en cada opción

Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8

posponer o esperar para la atención en salud de (NOMBRE)? ..... ☐

dejar de atender el problema de salud de (NOMBRE)? ..... ☐



## SECCIÓN 12. GASTOS E INGRESOS TOTALES DEL HOGAR

Enseguida le preguntaré sobre los gastos que se realizaron en este hogar, excluyendo los relacionados con sus actividades comerciales

12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en ...		<i>Lea y registre la cantidad indicada en cada opción No ha gastado, registre 0 en todas las casillas</i>
alimentos y bebidas para consumo dentro del hogar? (Excluya las bebidas alcohólicas y cigarros, incluya los alimentos preparados en casa y los consumidos en la escuela o trabajo)		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
alimentos y bebidas para consumo fuera del hogar? (Excluya las bebidas alcohólicas)		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
bebidas alcohólicas y cigarros?		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
transporte local? (Taxis, camiones urbanos, colectivos, otro)		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
artículos de limpieza e higiene?		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en ...		
vestido? (Excluya el gasto en uniformes y zapatos escolares)		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
educación, útiles escolares, uniformes?		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
actividades de distracción?		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
renta, gas, electricidad?		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
comunicación?		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
cuidados de la salud? ( No incluya el gasto realizado en el menor)		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en ...		
artículos para el hogar, muebles, etc.?		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
mantenimiento, reparación, remodelación de la vivienda? (O de otra vivienda)		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
transporte foráneo, como autobús?		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
adquisición de vehículos para uso particular, como automóvil, camioneta, motocicleta, bicicleta, lanchas, etc.?		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
refacciones, partes, accesorios y mantenimiento de vehículos? (Incluya el gasto en gasolina, reparaciones mecánicas y estacionamiento)		\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>

Ahora le preguntaré sobre los beneficios que usted o alguna persona de su hogar pueden obtener de programas sociales que dan dinero o despensas por parte del gobierno.

TIPO DE PROGRAMA	PERIODO	MONTO DEL APOYO
<b>12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia de programas sociales como ...</b>  <i>Lea y registre un código en cada renglón</i>  <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">                     Sí ..... 1                      No ..... 2                      No sabe ... 8                 </div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">}</div> <div>                     Pase al siguiente renglón                 </div> </div>	<b>12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo?</b>  <i>Registre un solo código</i> Semanal .....1 Mensual .....2 Bimestral .....3 Semestral .....4 Anual .....5	<b>12.6 ¿Cuánto dinero recibe(n)?</b>  <i>Registre la cantidad indicada en el renglón que corresponda</i>  <i>No sabe, registre 8 en todas las casillas</i>
Oportunidades/Progresas? (Sume el total de recursos de todos los componentes) <span style="float: right;"><input type="text"/></span>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
Procampo? <span style="float: right;"><input type="text"/></span>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
Liconsa? (Leche CONASUPO) <span style="float: right;"><input type="text"/></span>	<input type="text"/>	
Programa Alimentario para Zonas Marginadas? <span style="float: right;"><input type="text"/></span>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>
Otro programa (Alimentario de Diconsa, Programa de Apoyo Alimentario y Abasto Rural (PAAyAR), 70 y más), etc.? <span style="float: right;"><input type="text"/></span> <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;">especifique</div>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/>

## SECCIÓN 12. GASTOS E INGRESOS TOTALES DEL HOGAR

### INGRESOS TOTALES

**12.7 En el último mes, ¿cuál fue el ingreso del hogar?** (Sume todos los ingresos laborales, de negocios propios, cooperativas, jubilaciones y pensiones, etc.; tome en cuenta los ingresos de todos los integrantes del hogar, pero no considere el dinero que recibió de los programas sociales)

Registre la cantidad indicada

\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR(A): SI EL NIÑO(A) SELECCIONADO(A) FALLECIÓ, CONTINÚE CON LA SECCIÓN 13, DE LO CONTRARIO TERMINE LA ENTREVISTA.

## SECCIÓN 13. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO(A) FALLECIDO(A)

### GASTO EN ATENCIÓN MÉDICA

**13.1.1 ¿Tuvo que gastar en la atención médica de (NOMBRE) desde que inició la enfermedad o accidente hasta que falleció?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐  
No ..... 2 ☐  
No sabe ..... 8 ☐ } Pase a 13.3

**13.1.2 ¿Cuánto pagó por la atención médica de (NOMBRE) en esa ocasión?**

\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Registre con número

### FUENTE DE RECURSOS PARA GASTOS EN SALUD

**13.2.1 Además de los sueldos y salarios del hogar, para cubrir los gastos de la atención médica de (NOMBRE), desde que inició la enfermedad o accidente hasta que falleció, ¿el hogar utilizó dinero proveniente de ...**

Lea y marque las opciones que le indique

ahorros (cuenta bancaria, tandas)? ... 1 ☐  
préstamos de parientes o amigos que no son miembros del hogar? ..... 2 ☐  
la venta de propiedades, muebles o animales? ..... 3 ☐  
empeño de bienes? ..... 4 ☐  
un crédito bancario? ..... 5 ☐  
Ninguna de las anteriores ..... 6 ☐ → Pase a 13.3

**13.2.2 ¿Cuánto fue el dinero que obtuvo?**

\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Registre con número

### APLAZAMIENTO O NO ATENCIÓN

**13.3 Desde que inició la enfermedad o accidente hasta que falleció (NOMBRE), ¿por problemas de dinero tuvo que ...**

Registre un solo código

Sí ..... 1  
No ..... 2  
No sabe ..... 8

posponer o esperar para la atención de su salud? ..... ☐

dejar de atender el problema de su salud? ..... ☐

### FECHA Y CAUSA DE MUERTE

**13.4 Por favor muéstreme el certificado de defunción de (NOMBRE)**

Si lo muestra ..... 1 ☐  
No tiene el certificado ..... 2 ☐  
Si lo tiene, pero en ese momento no dispone de él ..... 3 ☐ } Pregunte al informante la fecha y la causa del fallecimiento y registre en los espacios correspondientes

Copie del certificado la fecha y causa del fallecimiento

\_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Registre con número

\_\_\_\_\_  
Registre la causa del fallecimiento

### TIEMPO DE ATENCIÓN

**13.5 ¿Cuánto tiempo pasó desde que inició la enfermedad o sucedió el accidente y el fallecimiento de (NOMBRE)...**

\_\_\_\_\_  
Horas

\_\_\_\_\_  
Días

\_\_\_\_\_  
Meses

Menos de un día, registre en horas  
Nació enfermo(a), registre 66 en horas  
No sabe, registre 88 en todas las casillas

### ATENCIÓN MÉDICA

**13.6 (NOMBRE), ¿recibió atención médica a causa de esa enfermedad o accidente?**

Marque un solo código

Sí ..... 1 ☐  
No ..... 2 ☐  
No sabe ..... 8 ☐ } Pase a 13.9

### LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA

**13.7 ¿En qué institución lo(a) atendieron?**

Marque las opciones que le mencione

SSA Centro de salud u hospital ..... 1 ☐  
IMSS Oportunidades ..... 2 ☐  
IMSS ..... 3 ☐  
ISSSTE ..... 4 ☐  
Marina / Defensa ..... 5 ☐  
PEMEX ..... 6 ☐  
Consultorio u hospital privado ..... 7 ☐  
Cruz Roja ..... 8 ☐  
Otro lugar ..... 9 ☐  
especifique

## SECCIÓN 13. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO(A) FALLECIDO(A)

### USO DE LA PÓLIZA

**13.8 ¿Llevó la póliza del SMNG para solicitar que lo(a) atendieran?**

*Marque un solo código*

Sí ..... 1 ☐

No ..... 2 ☐

Desconoce si estaba  
inscrito al SMNG ..... 3 ☐

No sabe ..... 8 ☐

### LUGAR DEL FALLECIMIENTO

**13.9 ¿En qué lugar falleció  
(NOMBRE)?**

*Marque un solo código*

Hogar ..... 1 ☐

Clínica u hospital ..... 2 ☐

Otro lugar ..... 3 ☐

### DURACIÓN DEL EMBARAZO

**13.10 ¿Cuántas semanas o  
meses de embarazo tenía  
cuando nació (NOMBRE)?**

| |  
Semanas

| |  
Meses

*Registre con número*

*No sabe, registre 88 en semanas*

### PESO AL NACER

**13.11 ¿Cuánto pesó  
(NOMBRE) al nacer?**

| | | |  
Registre en gramos

*No lo pesaron, registre 6666*

*No sabe, registre 8888*

## OBSERVACIONES