



CONTROL OPERATIVO

1	Entrevistador(a) transcriba el Número de Identificación Muestral del formulario del Módulo de hogar y el número del formulario :	
	a. Número de Identificación Muestral del hogar: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	b. No. del formulario 1. Módulo 1. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Entrevistador(a) transcriba el número de orden del niño o niña, el nombre, la edad y si es de seguimiento, de las preguntas 201, 202, 209 y 216 respectivamente del Módulo de Hogar:	
2	a. Nombre de la persona a quien corresponde el módulo _____	b. No. de orden _ _ _ _
	c. Edad en años cumplidos del niño: (recuerde registrar en meses, para menores de 6 años)	_ _ _ _ Años1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>
	d. Es nuevo en seguimiento Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	e. Sexo: Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/>
	f. Nombre del entrevistado: _____	g. No orden del entrevistado: _ _ _ _
	i. ¿Cuál es el parentesco de (entrevistado) con el niño	

DATOS DEL PERSONAL DE RECOLECCIÓN Y TÉCNICAS DE SUPERVISIÓN

3	Nombre e identificación supervisor:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
4	Nombre e identificación encuestador	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
5	Tipo de supervisión	
	Acompañamiento 1 <input type="checkbox"/>	Verificación telefónica 3 <input type="checkbox"/>
	Verificación personal 2 <input type="checkbox"/>	Ninguna 4 <input type="checkbox"/>
6	¿Revisó el formulario?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
7	Resultado final de la visita:	
	Completa 1 <input type="checkbox"/>	Persona está ocupada 5 <input type="checkbox"/>
	Incompleta 2 <input type="checkbox"/>	Ausente temporal 6 <input type="checkbox"/>
	Rechazo 3 <input type="checkbox"/>	Vivienda desocupada 7 <input type="checkbox"/>
	Nadie en el hogar 4 <input type="checkbox"/>	Otro motivo ¿Cuál? _____ 8 <input type="checkbox"/>

I. DATOS DE LOS PADRES

101	¿El padre de _____ vive en este hogar?	Si 1 <input type="checkbox"/> → No. orden (pregunta 201 Módulo Hogar) ____ ____ → 105 No 2 <input type="checkbox"/> Ya falleció 3 <input type="checkbox"/>
102	¿En qué año nació o qué edad tiene el padre de _____?	Año de nacimiento 1 <input type="checkbox"/> ____ ____ ____ ____ Edad 2 <input type="checkbox"/> ____ ____ años Ya falleció 3 <input type="checkbox"/>
103	(NL) ¿Cuál es o fue el nivel educativo más alto alcanzado por el padre de _____?	
	Algunos años de primaria 1 <input type="checkbox"/>	Universidad sin título 6 <input type="checkbox"/>
	Toda la primaria 2 <input type="checkbox"/>	Universidad con título 7 <input type="checkbox"/>
	Algunos años de secundaria 3 <input type="checkbox"/>	Posgrado 8 <input type="checkbox"/>
	Toda la secundaria 4 <input type="checkbox"/>	Ninguno 9 <input type="checkbox"/>
	Uno o más años de técnica o tecnológica 5 <input type="checkbox"/>	No sabe 10 <input type="checkbox"/>
104	(L) En el último trabajo que el padre de _____ desempeñó o desempeña ahora, él era o es:	
	Obrero o empleado particular 1 <input type="checkbox"/>	Trabajador de su propia finca (propia, en arriendo o aparcería, etc. Independientemente de la forma de tenencia) 7 <input type="checkbox"/>
	Obrero o empleado del gobierno 2 <input type="checkbox"/>	Trabajador familiar sin remuneración 8 <input type="checkbox"/>
	Jornalero o peón 3 <input type="checkbox"/>	Policía, militar o afines 9 <input type="checkbox"/>
	Empleado doméstico 4 <input type="checkbox"/>	Nunca ha trabajado o nunca trabajó 10 <input type="checkbox"/>
	Trabajador por cuenta propia 5 <input type="checkbox"/>	No sabe 11 <input type="checkbox"/>
	Patrón o empleador 6 <input type="checkbox"/>	
105	¿La madre de _____ vive en este hogar?	Si 1 <input type="checkbox"/> → No. orden (pregunta 201 Módulo Hogar) ____ ____ → 109 No 2 <input type="checkbox"/> Ya falleció 3 <input type="checkbox"/>
106	¿En qué año nació o qué edad tiene la madre de _____?	Año de nacimiento 1 <input type="checkbox"/> ____ ____ ____ ____ Edad 2 <input type="checkbox"/> ____ ____ años Ya falleció 3 <input type="checkbox"/>
107	(NL) ¿Cuál es o fue el nivel educativo más alto alcanzado por la madre de _____?	
	Algunos años de primaria 1 <input type="checkbox"/>	Universidad sin título 6 <input type="checkbox"/>
	Toda la primaria 2 <input type="checkbox"/>	Universidad con título 7 <input type="checkbox"/>
	Algunos años de secundaria 3 <input type="checkbox"/>	Posgrado 8 <input type="checkbox"/>
	Toda la secundaria 4 <input type="checkbox"/>	Ninguno 9 <input type="checkbox"/>
	Uno o más años de técnica o tecnológica 5 <input type="checkbox"/>	No sabe 10 <input type="checkbox"/>

108	(L) En el último trabajo que la madre de _____ desempeñó o desempeña ahora, ella era o es:	
	Obrero o empleado particular	1 <input type="checkbox"/> Trabajador de su propia finca, o de una finca que tenía o tiene en arriendo o aparcería
	Obrero o empleado del gobierno	2 <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración
	Jornalero o peón	3 <input type="checkbox"/> Policía, militar o afines
	Empleado doméstico	4 <input type="checkbox"/> Nunca ha trabajado o nunca trabajó
	Trabajador por cuenta propia	5 <input type="checkbox"/> No sabe
	Patrón o empleador	6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>
109	(L) El documento de identidad de _____ es:	Cédula de ciudadanía 1 <input type="checkbox"/> → No. Tarjeta de identidad 2 <input type="checkbox"/> → No. Registro civil 3 <input type="checkbox"/> → No. Otro 4 <input type="checkbox"/> → No. NT 5 <input type="checkbox"/> NS/NR 6 <input type="checkbox"/>
	Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene entre 0 y 71 meses (0 a 5 años)?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 419

II. CUIDADO DE MENORES

201	¿_____ asiste entre semana a un hogar comunitario, guardería, preescolar, escuela o colegio?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 206
202	(L) ¿A qué tipo de institución asiste _____?	
	Hogar comunitario del Bienestar Familiar – ICBF	1 <input type="checkbox"/> Guardería, jardín o preescolar oficial
	Hogares infantiles del ICBF	2 <input type="checkbox"/> Guardería, jardín o preescolar privado
	Jardines comunitarios del ICBF	3 <input type="checkbox"/> Escuela o colegio (oficial o privado)
203	Normalmente, ¿cuántas horas AL DÍA asiste _____ al hogar comunitario, guardería o preescolar?	_ _ _ _ horas/día
204	(L) El cuidado y la atención que actualmente recibe _____ en el centro al que asiste es...	
	Muy bueno	1 <input type="checkbox"/> Malo
	Bueno	2 <input type="checkbox"/> Muy malo
	Regular	3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
205	(L) La alimentación que actualmente recibe _____ en el centro al que asiste es...	
	Muy buena	1 <input type="checkbox"/> Mala
	Buena	2 <input type="checkbox"/> Muy mala
	Regular	3 <input type="checkbox"/> No consume alimentos en el centro al que asiste
Entrevistador(a), para cualquier respuesta pase a → 207		

206	(NL) ¿Cuál es la principal razón por la que _____ no asiste a un hogar comunitario, guardería o preescolar?	
	No hay institución cerca 1 <input type="checkbox"/>	Por desastre natural 6 <input type="checkbox"/>
	No puede pagar el costo del servicio 2 <input type="checkbox"/>	Requiere atención o educación especial 7 <input type="checkbox"/>
	No encontró cupo 3 <input type="checkbox"/>	Por enfermedad 8 <input type="checkbox"/>
	Prefiere que no asista todavía o considera que no está en edad de asistir 4 <input type="checkbox"/>	Otra razón. ¿Cuál?: _____ 9 <input type="checkbox"/>
	Tiene quien lo cuide 5 <input type="checkbox"/>	Entrevistador(a), para cualquier respuesta pase a → 209
207	(L) ¿En dónde y con quién permanece _____ cuando no está asistiendo al hogar comunitario, guardería o preescolar, escuela o colegio entre semana?	
	Con la madre en el trabajo 1 <input type="checkbox"/>	En esta casa solo 4 <input type="checkbox"/> → 215
	Con el padre en el trabajo 2 <input type="checkbox"/>	En esta casa al cuidado de una persona que no pertenece al hogar 5 <input type="checkbox"/> → 211
	En esta casa al cuidado de un miembro del hogar 3 <input type="checkbox"/>	En otra casa al cuidado de familiares, amigos o vecinos 6 <input type="checkbox"/> → 211
208	¿Quién lo cuida? Entrevistador(a) transcriba número de orden de padre, madre o persona que cuida al menor, de la pregunta 201 del Módulo de Hogar.	a. Número de orden _____ b. El padre o madre que lo cuida no vive en el hogar <input type="checkbox"/> Entrevistador(a), para cualquier respuesta pase a → 215
209	(L) ¿En dónde y con quién permanece _____ durante la mayor parte del tiempo entre semana?	
	Con la madre en el trabajo 1 <input type="checkbox"/>	En esta casa solo 4 <input type="checkbox"/> → 215
	Con el padre en el trabajo 2 <input type="checkbox"/>	En esta casa al cuidado de una persona que no pertenece al hogar 5 <input type="checkbox"/> → 211
	En esta casa al cuidado de un miembro del hogar 3 <input type="checkbox"/>	En otra casa al cuidado de familiares, amigos o vecinos 6 <input type="checkbox"/> → 211
210	¿Quién lo cuida? Entrevistador(a) transcriba número de orden de padre, madre o persona que cuida al menor, de la pregunta 201 del Módulo de Hogar.	a. Número de orden _____ b. El padre o madre que lo cuida no vive en el hogar <input type="checkbox"/> Entrevistador(a), para cualquier respuesta pase a → 215
211	¿Quién cuida a _____ ?	
	El padre 1 <input type="checkbox"/> → 215	Otro pariente 7 <input type="checkbox"/>
	La madre 2 <input type="checkbox"/> → 215	Un(a) vecino(a) 8 <input type="checkbox"/>
	La abuelo(a) 3 <input type="checkbox"/>	Una niñera 9 <input type="checkbox"/>
	Un tío(a) 4 <input type="checkbox"/>	Una empleada doméstica 10 <input type="checkbox"/>
	Un hermano(a) 5 <input type="checkbox"/>	Otro no pariente 11 <input type="checkbox"/>
	Un primo(a) 6 <input type="checkbox"/>	
212	(L) La persona que cuida a _____ es:	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/>
213	¿Qué edad tiene la persona que cuida a _____ ?	_____ años

214	(L) ¿Cuál es el nivel educativo de la persona que cuida a _____?							
	Algunos años de primaria	1 <input type="checkbox"/>	Universidad sin título	6 <input type="checkbox"/>				
	Toda la primaria	2 <input type="checkbox"/>	Universidad con título	7 <input type="checkbox"/>				
	Algunos años de secundaria	3 <input type="checkbox"/>	Posgrado	8 <input type="checkbox"/>				
	Toda la secundaria	4 <input type="checkbox"/>	Ninguno	9 <input type="checkbox"/>				
	Uno o más años de técnica o tecnológica	5 <input type="checkbox"/>						
215	Normalmente, ¿cuántas horas AL DÍA permanece _____ bajo este tipo de cuidado (o sólo)?		__ __ horas/día					
216	(L) Si pudiera escoger libremente y sin restricciones el tipo de cuidado para _____, ¿cuál de los siguientes preferiría usted?							
	Hogar comunitario del Bienestar Familiar	1 <input type="checkbox"/>	Guardería, jardín o pre-escolar privado	5 <input type="checkbox"/>				
	Hogares Infantiles del ICBF	2 <input type="checkbox"/>	Cuidado personalizado en el hogar	6 <input type="checkbox"/>				
	Jardines Comunitarios del ICBF	3 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? _____	7 <input type="checkbox"/>				
	Guardería, jardín o pre-escolar oficial	4 <input type="checkbox"/>						
217	Principalmente quién....y. con qué frecuencia....							
	Actividad	NADIE	LA MADRE 2 <input type="checkbox"/>	EL PADRE 3 <input type="checkbox"/>	OTRO MIEMBRO DEL HOGAR 4 <input type="checkbox"/>	UNA PERSONA QUE NO PERTENECE AL HOGAR 5 <input type="checkbox"/>		
	a. Le lee libros a _____	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días	1 <input type="checkbox"/>
			2 ó 3 veces a la semana	2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana	2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana	2 <input type="checkbox"/>
			Una vez a la semana	3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana	3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana	3 <input type="checkbox"/>
			Cada 15 días	4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días	4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días	4 <input type="checkbox"/>
			Una vez al mes	5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes	5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes	5 <input type="checkbox"/>
			De vez en cuando	6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando	6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando	6 <input type="checkbox"/>
	b. Conversa con _____	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días	1 <input type="checkbox"/>
			2 ó 3 veces a la semana	2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana	2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana	2 <input type="checkbox"/>
			Una vez a la semana	3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana	3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana	3 <input type="checkbox"/>
			Cada 15 días	4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días	4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días	4 <input type="checkbox"/>
			Una vez al mes	5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes	5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes	5 <input type="checkbox"/>
			De vez en cuando	6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando	6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando	6 <input type="checkbox"/>

Principalmente quién.....y. con qué frecuencia....						
Actividad	NADIE	LA MADRE 2 <input type="checkbox"/>	EL PADRE 3 <input type="checkbox"/>	OTRO MIEMBRO DEL HOGAR 4 <input type="checkbox"/>	UNA PERSONA QUE NO PERTENECE AL HOGAR 5 <input type="checkbox"/>	
c. Juega con _____ dentro de la casa	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	
		2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	
		Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	
		Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	
		Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	
		De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	
d. Juega con _____ fuera de la casa	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	
		2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	
		Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	
		Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	
		Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	
		De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	
e. Ve televisión con _____	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	
		2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	
		Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	
		Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	
		Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	
		De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	
f. Le enseña letras, números o colores a _____	1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	Todos los días 1 <input type="checkbox"/>	
		2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	2 ó 3 veces a la semana 2 <input type="checkbox"/>	
		Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	Una vez a la semana 3 <input type="checkbox"/>	
		Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	Cada 15 días 4 <input type="checkbox"/>	
		Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	Una vez al mes 5 <input type="checkbox"/>	
		De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	De vez en cuando 6 <input type="checkbox"/>	

217

218	Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 24 y 71 meses (2 a 5 años)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 220			
219	A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre su interacción con _____. Voy a pedirle que responda si usted pone en práctica esta actitud: Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces, Nunca Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 4				
	Con qué frecuencia en su interacción con _____ usted:	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Nunca
	a. Lo(a) mira a los ojos cuando están intercambiando una conversación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	b. Le pide excusas cuando usted se equivoca en una decisión que lo (a) involucre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	c. Responde a sus preguntas cuando no entiende algo o tiene curiosidad por aprender	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
220	Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 12 y 71 meses (1 a 5 años)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 301			
221	Cuando los niños no obedecen, sus padres responden de distintas maneras. Voy a pedirle que responda si usted asume esta actitud: Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces, Nunca Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 4				
	Con qué frecuencia cuando _____ no obedece, usted...	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Nunca
	a. Lo ignora	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	b. Le grita o lo castiga verbalmente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	c. Lo sacude, lo pellizca o le pega con la mano o un objeto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	d. Promete darle algo si le obedece	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	e. Le explica por qué lo que hizo está mal y cómo debe comportarse la próxima vez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	f. Lo castiga quitándole algún beneficio (comer, televisión, juguetes, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

III. VACUNAS

301	¿_____ tiene carné de vacunación?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 303														
302	¿Me permite verlo?	Visto 1 <input type="checkbox"/> No visto 2 <input type="checkbox"/>														
303	Entrevistador(a) pregunte por cada una de las vacunas, si es posible confirme la información en el carné de vacunación.	No sabe	No	Si	b. (L) ¿Cuántas dosis o refuerzos ha recibido _____?											
	a. ¿Recibió _____ la vacuna BCG contra la tuberculosis (inyección en brazo u hombro izquierdo que deja cicatriz)?	3 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> ↓												
	b. ¿Recibió _____ la vacuna contra el POLIO (gotas en la boca)?	3 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dosis o refuerzo</th> <th>SI</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Dosis de recién nacido</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Primera dosis (2 meses)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Dosis o refuerzo	SI	No	NS	1. Dosis de recién nacido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2. Primera dosis (2 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Dosis o refuerzo	SI	No	NS													
1. Dosis de recién nacido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>													
2. Primera dosis (2 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>													

				3. Segunda dosis (4 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
				4. Tercera dosis (6 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
				5. Primer refuerzo (18 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	c. ¿Recibió _____ la vacuna PENTAVALENTE contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y hemófilos influenza (inyección en el muslo cada vez que le dan gotas de polio)?	3 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	1. Primera dosis (2 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
					2. Segunda dosis (4 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
					3. Tercera dosis (6 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
					Después de registrar dosis → f			
	d. ¿Recibió _____ la vacuna DPT contra tos ferina, tétanos y difteria (inyección en las nalgas cada vez que le dan gotas de polio)?	3 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	1. Primera dosis (2 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
					2. Segunda dosis (4 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
					3. Tercera dosis (6 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
					4. Primer refuerzo (18 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	e. ¿Recibió _____ la vacuna HEPATITIS B (inyección en las nalgas)?	3 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	1. Dosis de recién nacido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
					2. Primera dosis (2 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
					3. Segunda dosis (4 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
					4. Tercera dosis (6 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	f. ¿Recibió _____ la vacuna TRIPLE VIRAL contra sarampión, rubéola y parotiditis (inyección en el brazo izquierdo)?	3 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> ↓				
	g. ¿Recibió _____ la vacuna contra la FIEBRE AMARILLA (mayores de 1 año)?	3 <input type="checkbox"/> ↓	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> ↓				

IV. A. CONTROL DE CRECIMIENTO

400	☛Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 0 y 71 meses (0 a 5 años)?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 419
401	¿A _____ lo pesaron al nacer?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 404 NS 888 <input type="checkbox"/> → 404
402	¿Cuánto pesó?	_ _ _ _ gramos	
403	☛Entrevistador(a) el dato del peso fue:	Reportado por el o la entrevistada	1 <input type="checkbox"/>
		Obtenido de un registro	2 <input type="checkbox"/>
404	Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿_____ ha asistido a control de niño sano o de crecimiento y desarrollo?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 406
405	¿Cuántas veces?	_ _ _ veces	
406	¿A _____ le dieron pecho alguna vez?	Sí, aún le están dando 1 <input type="checkbox"/>	
		Sí	2 <input type="checkbox"/> → ¿Hasta qué edad?
			1. _ _ _ meses 2. _ _ _ días
	No	3 <input type="checkbox"/> → 409	

407	¿Hasta los cuántos meses le dieron EXCLUSIVAMENTE leche materna? (solo pecho, sin darle agua, ni otros líquidos)	¿Hasta qué edad? 1. ___ ___ meses 2. ___ ___ días NS 888 <input type="checkbox"/>				
408	☛Entrevistador(a) revise pregunta 406, opción 2 ¿_____ dejó de lactar antes de un año?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 409a NS 888 <input type="checkbox"/> → 409a				
409	(NL) ¿Cuál fue el motivo por el cual dejó de lactar o por el que no lactó a _____?					
	Por rechazo del bebé a amamantar 1 <input type="checkbox"/>	Debía trabajar y no pudo seguir con la lactancia 6 <input type="checkbox"/>				
	Creencias propias 2 <input type="checkbox"/>	Empezó a planificar 7 <input type="checkbox"/>				
	Comentarios de profesionales, familiares y/o vecinos 3 <input type="checkbox"/>	Quedó embarazada 8 <input type="checkbox"/>				
	Presión de su pareja 4 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? _____ 9 <input type="checkbox"/>				
409a	¿La persona que está respondiendo este módulo es la madre biológica del niño?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 419				
410	☛Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 0 y 11 meses (menos de 1 año)?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 415				
411	Antes de quedar embarazada de _____, ¿usted (la madre de _____) acudió a una consulta médica para evaluar su estado de salud y recibir recomendaciones para la gestación?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>				
412	Durante el embarazo de _____, ¿usted (la madre de _____) consumió vitaminas prenatales o micronutrientes?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 414				
413	(NL) ¿Cómo las adquirió?					
	a. Los recibió de la EPS o IPS a la que asiste <input type="checkbox"/>	d. Los recibió de un Programa de una ONG o empresa privada <input type="checkbox"/>				
	b. Los recibió de un Programa de la Alcaldía o la Gobernación <input type="checkbox"/>	e. Los adquirió por cuenta propia <input type="checkbox"/>				
	c. Los recibió de un Programa del ICBF <input type="checkbox"/>					
414	(L) Durante el embarazo, ¿usted (la madre de _____) participó en alguna de las siguientes actividades de preparación física y mental para el parto?					
	Actividad	Si	No	Actividad	Si	No
	a. Curso psicoprofiláctico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Programa FAMI del ICBF	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	b. Gimnasia prenatal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Otro programa para la madre gestante	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	c. Yoga, relajación, ejercicios de respiración	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		
415	☛Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 0 y 23 meses (menos de 2 años)?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 419				
416	Durante el embarazo de _____ ¿la madre asistió a controles prenatales?	Si 1 <input type="checkbox"/> → ¿A cuántos? ___ ___ No 2 <input type="checkbox"/>				

417	Durante el embarazo, después del nacimiento o durante los primeros días de vida de _____, ¿usted recibió información sobre cómo realizar las siguientes actividades?	No ↓	Si →	418. ¿De quién recibió la información?			
				De familiares o amigos	De personal médico en la clínica donde dio a luz	Del pediatra que atiende/ía al recién nacido	Otro
	a. Cuidado personal del bebé (baño, uñas, pañal)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	b. Alimentación (lactancia materna, alimentación con biberón)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	c. Estimulación temprana para el desarrollo (canto, ejercicios, masajes)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	d. Salud del recién nacido (cuidado del ombligo, asolearlo, signos de alarma, riesgos en el hogar)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

B. CONSUMO DE ALIMENTOS

419	🗣️Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene un año o más?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 501
420	(L) ¿Qué tan frecuentemente _____ come frutas (enteras o en jugo) en la semana? (como naranja, manzana, guayaba, patilla, uvas, etc.)			
	Menos de una vez a la semana	1 <input type="checkbox"/>	5-6 veces a la semana	4 <input type="checkbox"/>
	Una vez a la semana	2 <input type="checkbox"/>	Una vez al día, todos los días	5 <input type="checkbox"/>
	2-4 veces a la semana	3 <input type="checkbox"/>	Todos los días, más de una vez al día	6 <input type="checkbox"/>
421	🗣️Entrevistador(a) revise pregunta 420 ¿respondió opciones 1, 2, 3 ó 4?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 423
422	(NL) ¿Cuál es la principal razón por la que _____ no consume frutas diariamente?			
	A _____ no le gustan la frutas	1 <input type="checkbox"/>	En la vereda/municipio donde reside es difícil conseguir este tipo de alimentos	4 <input type="checkbox"/>
	Las frutas no hacen parte de la dieta familiar diaria	2 <input type="checkbox"/>	No es un producto que se consuma con frecuencia en el hogar	5 <input type="checkbox"/>
	Falta dinero en el hogar para comprarlas	3 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? _____	6 <input type="checkbox"/>
423	(L) ¿Qué tan frecuentemente _____ come verduras y hortalizas (crudas, cocidas o en sopa) en la semana? (como espinacas, acelgas, zanahoria, berenjena, alcachofa, lechuga, etc.)			
	Menos de una vez a la semana	1 <input type="checkbox"/>	5-6 veces a la semana	4 <input type="checkbox"/>
	Una vez a la semana	2 <input type="checkbox"/>	Una vez al día, todos los días	5 <input type="checkbox"/>
	2-4 veces a la semana	3 <input type="checkbox"/>	Todos los días, más de una vez al día	6 <input type="checkbox"/>
424	🗣️Entrevistador(a) revise pregunta 423 ¿respondió opciones 1, 2, 3 ó 4?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 426
425	(NL) ¿Cuál es la principal razón por la que _____ no consume verduras y hortalizas diariamente?			
	A _____ no le gustan las verduras y hortalizas	1 <input type="checkbox"/>	En la vereda/municipio donde reside es difícil conseguir este tipo de alimentos	4 <input type="checkbox"/>
	Las verduras no hacen parte de la dieta familiar diaria	2 <input type="checkbox"/>	No es un producto que se consuma con frecuencia en el hogar	5 <input type="checkbox"/>
	Falta dinero en el hogar para comprarlas	3 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? _____	6 <input type="checkbox"/>

426	(L) ¿Qué tan frecuentemente _____ come carnes en la semana? (como pollo, cerdo, res, vísceras, conejo, atún, etc.)			
	Menos de una vez a la semana	1 <input type="checkbox"/>	5-6 veces a la semana	4 <input type="checkbox"/>
	Una vez a la semana	2 <input type="checkbox"/>	Una vez al día, todos los días	5 <input type="checkbox"/>
	2-4 veces a la semana	3 <input type="checkbox"/>	Todos los días, más de una vez al día	6 <input type="checkbox"/>
427	👉Entrevistador(a) revise pregunta 426 ¿respondió opciones 1, 2, 3 ó 4?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 429	
428	(NL) ¿Cuál es la principal razón por la que _____ no consume carne diariamente?			
	A _____ no le gustan las carnes	1 <input type="checkbox"/>	En la vereda/municipio donde reside es difícil conseguir este tipo de alimentos	5 <input type="checkbox"/>
	Las carnes no hacen parte de la dieta familiar diaria	2 <input type="checkbox"/>	No es un producto que se consume con frecuencia en el hogar	6 <input type="checkbox"/>
	Falta dinero en el hogar para comprarlas	3 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? _____	7 <input type="checkbox"/>
429	(L) ¿Qué tan frecuentemente _____ consume leche y sus derivados en la semana? (como leche líquida o en polvo, sola o en preparaciones como jugos, sorbetes, o derivados como queso, kumis, yogurt, etc.)			
	Menos de una vez a la semana	1 <input type="checkbox"/>	5-6 veces a la semana	4 <input type="checkbox"/>
	Una vez a la semana	2 <input type="checkbox"/>	Una vez al día, todos los días	5 <input type="checkbox"/>
	2-4 veces a la semana	3 <input type="checkbox"/>	Todos los días, más de una vez al día	6 <input type="checkbox"/>
430	👉Entrevistador(a) revise pregunta 429 ¿respondió opciones 1, 2, 3 ó 4?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 432	
431	(NL) ¿Cuál es la principal razón por la que _____ no consume leche o sus derivados diariamente?			
	A _____ no le gustan esos alimentos	1 <input type="checkbox"/>	En la vereda/municipio donde reside es difícil conseguir este tipo de alimentos	5 <input type="checkbox"/>
	Los lácteos y sus derivados no hacen parte de la dieta familiar diaria	2 <input type="checkbox"/>	No es un producto que se consume con frecuencia en el hogar	6 <input type="checkbox"/>
	Falta dinero en el hogar para comprarlas	3 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? _____	7 <input type="checkbox"/>
432	¿_____ consume diariamente alimentos de paquete (papas, chitos, patacones, tocinetas, etc.), gaseosas o refrescos, golosinas o dulces?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
	¿_____ consume en la semana, algún tipo de suplementos o complementos dietarios? (como tarrito rojo, ensure, pediasure, vitaminas, minerales, complejos proteicos, u otros)		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
434	(L) El lugar en donde _____ consume la mayoría de los alimentos es			
	En el hogar del niño/a con su familia	1 <input type="checkbox"/>	Restaurante o punto de venta de alimentos	4 <input type="checkbox"/>
	En el hogar de otros familiares del niño/a con esa familia	2 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? _____	5 <input type="checkbox"/>
	En instituciones educativas/ u otras instituciones	3 <input type="checkbox"/>		

V. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

501	Actualmente, ¿... está afiliado, o es beneficiario de alguna entidad de Seguridad Social en Salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 503			
502	(L) ¿... cuenta con afiliación o está cubierto porque	Es beneficiario de un miembro del hogar <input type="checkbox"/> → ¿De quién? No. orden ____ ____			
		Es beneficiario de una persona que no pertenece al hogar <input type="checkbox"/> 2			
		Es afiliado a EPS subsidiada <input type="checkbox"/> 3			
503	(L) En los ÚLTIMOS 30 DIAS, ¿... tuvo alguno(s) de los siguientes problemas de salud que no implicaron hospitalización?				
	Evento	No	Si	Evento	No Si
	a. Enfermedad o dolor crónico	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	d. Cirugía Ambulatoria	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
	b. Accidente o lesión física	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	e. Complicaciones del embarazo , postparto o aborto (sólo para mujeres de 11 años y más)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
	c. Problema odontológico	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	Entrevistador(a) si todos NO pase a →506	
504	(L) ¿Qué hizo _____ principalmente para tratar estos eventos de salud?				
	Acudió a un hospital, clínica, centro de salud u otra institución de salud	<input type="checkbox"/> 1 → 506	Consultó a un tegua, curandero, yerbatero, comadrona		<input type="checkbox"/> 5
	Acudió a un médico general, especialista particular u odontólogo	<input type="checkbox"/> 2 → 506	Usó remedios caseros		<input type="checkbox"/> 6
	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	<input type="checkbox"/> 3 → 506	Lo auto recetó		<input type="checkbox"/> 7
	Acudió al boticario, farmaceuta, droguista	<input type="checkbox"/> 4	Nada		<input type="checkbox"/> 8
505	(NL) La razón principal por la que _____ no utilizó los servicios de un profesional de la salud es:				
	El caso era leve	<input type="checkbox"/> 1	Muchos trámites		<input type="checkbox"/> 9
	No tuvo tiempo	<input type="checkbox"/> 2	No sabe dónde prestan el servicio		<input type="checkbox"/> 10
	El centro de atención queda lejos	<input type="checkbox"/> 3	Horarios de consulta no le sirven		<input type="checkbox"/> 11
	Transporte muy costoso	<input type="checkbox"/> 4	Demora en la asignación de citas		<input type="checkbox"/> 12
	Servicio muy costoso	<input type="checkbox"/> 5	Demora en la atención en el sitio		<input type="checkbox"/> 13
	Servicio de mala calidad	<input type="checkbox"/> 6	No sabía que tenía derecho		<input type="checkbox"/> 14
	Lo llevó pero no lo atendieron	<input type="checkbox"/> 7	No está afiliado(a)		<input type="checkbox"/> 15
	No confía en médicos	<input type="checkbox"/> 8	Otra, ¿cuál? _____		<input type="checkbox"/> 16
506	Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... estuvo hospitalizado?	Si <input type="checkbox"/> cuántas veces ____ ____			No <input type="checkbox"/> → 508
507	(L) La última hospitalización en los ÚLTIMOS 12 MESES de _____ fue por:				
	Cirugía	<input type="checkbox"/> 1	Otro tipo de accidente		<input type="checkbox"/> 5
	Enfermedad	<input type="checkbox"/> 2	Herida con arma de fuego o corto punzante		<input type="checkbox"/> 6
	Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> 3	Complicaciones del embarazo, postparto o aborto (sólo mujeres de 11 años o más)		<input type="checkbox"/> 7
	Accidente casero	<input type="checkbox"/> 4	Otra causa: Cuál: _____		<input type="checkbox"/> 8

508	(L) Por enfermedad, accidente o nacimiento _____ tiene alguna de las siguientes condiciones de forma permanente, como:		
	Discapacidad	Si	No
	a. Ceguera total	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	b. Sordera total	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	c. Mudez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	d. Dificultad para entender o aprender	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Entrevistador(a), ¿el niño tiene más de 2 años?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> → 509
	e. Dificultad para moverse o caminar por sí mismo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	f. Dificultad para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
509	(L) Sin estar enfermo y por prevención, ¿a cuáles de los siguientes profesionales de la salud lleva usted a _____ por lo menos una vez al año?	Si	No
	a. Al médico general o cualquier especialista de la salud	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	b. Al pediatra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	c. Al odontólogo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	d. Al optómetra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	e. Profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	f. Otro profesional de la salud	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
510	Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 0 y 71 meses (0 a 5 años)?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 600
511	En los ÚLTIMOS 15 DÍAS ¿_____ ha estado o estuvo enfermo de diarrea?	Si 1 <input type="checkbox"/> → cuántos días ____ ____ días	No 2 <input type="checkbox"/> → 513
512	(L) Durante el tiempo que tuvo diarrea _____ ¿tuvo o ha tenido alguno de los siguientes síntomas o dolencias?	Si	No
	a. Moco y/o sangre en deposición	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	b. Piel reseca o arrugada	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	c. Ojos hundidos y sin lágrimas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	d. Mollera hundida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	e. Labios secos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	f. Debilidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	g. Vómitos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
513	En los ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿_____ ha tenido fiebre?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
514	(L) En los ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿_____ ha tenido o tuvo alguno de los siguientes síntomas o dolencias?	Si	No
	a. Tos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

b. Nariz tapada/moco líquido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c. Dolor de garganta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d. Ronquera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e. Dificultad para tragar o alimentarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f. Dolor de oído o secreción del oído	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
g. Respiración corta y rápida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
h. Labios azules o morados	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
i. Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

VI. EDUCACIÓN

600	a. <i>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2C, ¿el niño(a) tiene entre 0 y 59 meses (0 a 4 años)?</i>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 601
	b. <i>Entrevistador(a) revise pregunta 202, marcó opción 6</i>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 700
601	¿_____ sabe leer y escribir?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
602	¿_____ actualmente estudia? (asiste a la escuela o colegio)	Si 1 <input type="checkbox"/> → 608	No 2 <input type="checkbox"/>
603	<i>(NL) ¿Cuál es la principal razón por la que _____ no estudia?</i>		
	Terminó su ciclo educativo	1 <input type="checkbox"/>	Porque tuvo hijos, por embarazo o porque se casó
	No quiere estudiar más	2 <input type="checkbox"/>	Por enfermedad
	Falta de dinero	3 <input type="checkbox"/>	Necesita educación especial
	Falta de cupos	4 <input type="checkbox"/>	Por causa del conflicto armado
	No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano	5 <input type="checkbox"/>	Por inseguridad en la vereda (o en la zona)
	Necesita trabajar	6 <input type="checkbox"/>	Por desastre natural
	Debe encargarse de labores domésticas y/o del cuidado de los niños, ancianos o discapacitados	7 <input type="checkbox"/>	Por falta de apoyo de los padres o por descuido
Cambio de residencia	8 <input type="checkbox"/>	Otra razón: ¿cuál? _____	
16 <input type="checkbox"/>			
604	¿Qué edad tenía _____ cuando dejó de estudiar?	_ _ años	Nunca ha estudiado 1 <input type="checkbox"/> → 605a
605	<i>(L) ¿Cuál fue el máximo nivel alcanzado y el último grado aprobado en ese nivel por _____?</i>		
	Nivel educativo		Grado aprobado
	Preescolar	1 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Básica primaria (1 a 5)	2 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Básica secundaria y media (6 a 13)	3 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>	
605 a	<i>Entrevistador(a) revise ¿preguntas 207 y 209, una de las 2 tiene alguna respuesta?</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> → 700	No 2 <input type="checkbox"/>

606	(L) ¿En dónde y con quién permanece _____ durante la mayor parte del tiempo entre semana?	
	Con el padre en el trabajo 1 <input type="checkbox"/>	Fuera de casa sólo 5 <input type="checkbox"/> → 628
	Con la madre en el trabajo 2 <input type="checkbox"/>	En esta casa al cuidado de una persona que no pertenece al hogar 6 <input type="checkbox"/> → 624
	En esta casa al cuidado de un miembro del hogar 3 <input type="checkbox"/>	En otra casa al cuidado de familiares, amigos o vecinos 7 <input type="checkbox"/> → 624
	En esta casa solo 4 <input type="checkbox"/> → 628	
607	¿Quién lo cuida? Entrevistador(a) transcriba número de orden de padre, madre o persona que cuida al menor, de la pregunta 201 del Módulo de Hogar.	a. _____ Número de orden _____ b. El padre o madre que lo cuida no vive en el hogar <input type="checkbox"/> Entrevistador(a), para cualquier respuesta pase a → 628
608	¿El establecimiento donde estudia _____ es oficial?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
609	(L) La jornada escolar es:	
	Completa 1 <input type="checkbox"/>	Tarde 3 <input type="checkbox"/>
	Mañana 2 <input type="checkbox"/>	Nocturna 4 <input type="checkbox"/>
610	Actualmente, ¿En qué nivel está matriculado _____ y qué grado cursa?	
	Nivel educativo	
	Preescolar 1 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Básica primaria (1 a 5) 2 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	Básica secundaria y media (6 a 13) 3 <input type="checkbox"/> →	6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>
611	Entrevistador(a) revise pregunta 610: ¿Está cursando Pre-escolar?	Si 1 <input type="checkbox"/> → 613 No 2 <input type="checkbox"/>
612	¿Asistió a una institución de educación pre-escolar (guardería, jardín o pre-escolar)?	Si 1 <input type="checkbox"/> → Cuántos años ____ No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 2 <input type="checkbox"/>
613	(NL) Normalmente, ¿algún miembro de este hogar o de otro hogar le ayuda a _____ a resolver las tareas escolares o dudas académicas?	
	Si, del hogar 1 <input type="checkbox"/> → ¿Quién? No. de orden ____	Si, de otro hogar 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/>
614	Durante el presente año escolar, ¿el hogar recibió crédito para el estudio de _____?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 616
615	(L) ¿Quién le concedió a _____ el crédito para el estudio de _____?	
	a. Una Caja de Compensación Familiar <input type="checkbox"/>	e. Un fondo de empleados o cooperativa no financiera <input type="checkbox"/>
	b. Un banco o una entidad financiera <input type="checkbox"/>	f. El Fondo Nacional de Ahorro <input type="checkbox"/>
	c. La empresa pública donde un familiar de _____ trabaja <input type="checkbox"/>	g. La misma institución educativa <input type="checkbox"/>
	d. La empresa privada donde un familiar de _____ trabaja <input type="checkbox"/>	h. Otro. ¿Cuál?: _____ <input type="checkbox"/>

	(L) En el establecimiento donde estudia _____:					
	Recibe	Si	No	Recibe	Si	No
616	a. Refrigerios en forma gratuita o por un pago simbólico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Bonos para transporte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	b. Desayuno en forma gratuita o por un pago simbólico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	f. Bonos para fotocopias y materiales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	c. Almuerzo en forma gratuita o por un pago simbólico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	g. Uniformes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	d. Bonos para alimentación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>			
617	(NL) Durante el presente AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca o subsidio en dinero o en especie para estudiar?					
	Sí, beca	1 <input type="checkbox"/>		Sí, beca y subsidio	3 <input type="checkbox"/>	
	Sí, subsidio	2 <input type="checkbox"/>		No recibió ninguno	4 <input type="checkbox"/> → 619	
618	(L) ¿De quién recibió _____ la beca o el subsidio para estudiar?					
	De Familias en Acción o Red Juntos	1 <input type="checkbox"/>		De una empresa privada donde un familiar de _____ trabaja	5 <input type="checkbox"/>	
	De otros programas gubernamentales	2 <input type="checkbox"/>		De la misma institución educativa	6 <input type="checkbox"/>	
	De una Caja de Compensación Familiar	3 <input type="checkbox"/>		Otro, ¿cuál? _____	7 <input type="checkbox"/>	
	De una empresa pública donde un familiar de _____ trabaja	4 <input type="checkbox"/>				
619	(L) Principalmente _____ consulta libros, revistas, artículos en:					
	La biblioteca del establecimiento donde estudia	1 <input type="checkbox"/>		La biblioteca del hogar	4 <input type="checkbox"/> → 621	
	Una biblioteca pública	2 <input type="checkbox"/>		Internet	5 <input type="checkbox"/> → 621	
	Una biblioteca de una entidad o institución privada	3 <input type="checkbox"/>		No consulta	6 <input type="checkbox"/> → 621	
620	¿... lleva a la casa libros, revistas o artículos tomados en préstamo de las bibliotecas?			Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
621	¿_____ Asiste regularmente a actividades organizadas fuera de la jornada escolar, por ejemplo a actividades como deportes, artes, música, grupos de estudio?			Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
622	(L) ¿En dónde y con quién permanece _____ cuando no está en el colegio o escuela, o asistiendo a otras actividades organizadas?					
	Con la madre en el trabajo	1 <input type="checkbox"/>		En esta casa solo	4 <input type="checkbox"/> → 628	
	Con el padre en el trabajo	2 <input type="checkbox"/>		En esta casa al cuidado de una persona que no pertenece al hogar	5 <input type="checkbox"/> → 624	
	En esta casa al cuidado de un miembro del hogar	3 <input type="checkbox"/>		En otra casa al cuidado de familiares, amigos o vecinos	6 <input type="checkbox"/> → 624	
623	¿Quién cuida a?			a. _____ _____ _____		
	👉 Entrevistador(a) transcriba número de orden de padre, madre o persona que cuida al menor, de la pregunta 201 del Módulo de Hogar.			b. El padre o madre que lo cuida no vive en el hogar <input type="checkbox"/>		
	👉 Entrevistador(a) para cualquier respuesta pase a → 628					

624	(L) Quién cuida a _____:		
	El padre	1 <input type="checkbox"/> → 628	Otro pariente 7 <input type="checkbox"/>
	La madre	2 <input type="checkbox"/> → 628	Un(a) vecino(a) 8 <input type="checkbox"/>
	El abuelo(a)	3 <input type="checkbox"/>	Una niñera 9 <input type="checkbox"/>
	Un tío(a)	4 <input type="checkbox"/>	Una empleada doméstica 10 <input type="checkbox"/>
	Un hermano(a)	5 <input type="checkbox"/>	Otro no pariente 11 <input type="checkbox"/>
	Un primo(a)	6 <input type="checkbox"/>	
625	(L) La persona que cuida a _____ es:	Hombre 1 <input type="checkbox"/>	Mujer 2 <input type="checkbox"/>
626	¿Qué edad tiene la persona que cuida a _____?	_ _ años	
627	(L) ¿Cuál es el nivel educativo de la persona que cuida a _____?		
	Algunos años de primaria	1 <input type="checkbox"/>	Universidad sin título 6 <input type="checkbox"/>
	Toda la primaria	2 <input type="checkbox"/>	Universidad con título 7 <input type="checkbox"/>
	Algunos años de secundaria	3 <input type="checkbox"/>	Posgrado 8 <input type="checkbox"/>
	Toda la secundaria	4 <input type="checkbox"/>	Ninguno 9 <input type="checkbox"/>
	Uno o más años de técnica o tecnológica	5 <input type="checkbox"/>	
628	Normalmente, ¿cuántas horas AL DÍA permanece _____ con este tipo de cuidado (o sólo)?	_ _ horas/día	
629	☛Entrevistador(a) revise pregunta 604. ¿Respondió nunca ha estudiado?	Si 1 <input type="checkbox"/> → 700	No 2 <input type="checkbox"/>
630	Durante los ÚLTIMOS 3 AÑOS, ¿ _____ dejó de estudiar por lo menos 2 meses consecutivos? Sin tener en cuenta los períodos de vacaciones	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 701
631	(NL) ¿Cuál es la principal razón por la que _____ dejó de estudiar durante este período?		
	Terminó su ciclo educativo	1 <input type="checkbox"/>	Porque tuvo hijos, por embarazo o se casó 9 <input type="checkbox"/>
	No quería estudiar más	2 <input type="checkbox"/>	Por enfermedad 10 <input type="checkbox"/>
	No tenían dinero	3 <input type="checkbox"/>	Necesitaba educación especial 11 <input type="checkbox"/>
	No había cupos	4 <input type="checkbox"/>	Por causa del conflicto armado 12 <input type="checkbox"/>
	No existía centro educativo cercano o el establecimiento asignado era muy lejano	5 <input type="checkbox"/>	Por inseguridad en la vereda/municipio 13 <input type="checkbox"/>
	Necesitaba trabajar	6 <input type="checkbox"/>	Por desastre natural 14 <input type="checkbox"/>
	Debía encargarse de labores domésticas y/o del cuidado de los niños, ancianos o discapacitados	7 <input type="checkbox"/>	Por falta de apoyo de los padres o por descuido 15 <input type="checkbox"/>
	Cambió de residencia	8 <input type="checkbox"/>	Otra razón: ¿Cuál? _____ 16 <input type="checkbox"/>

VII. LABORES DE MENORES

700	☞Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene 5 años o más?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 705a	
701	(L) ¿La SEMANA PASADA _____ hizo o colaboró en oficios del hogar?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 705a	
702	(L) De los siguientes oficios ¿cuáles hizo _____ la SEMANA PASADA?			
	Oficio	Si	No	
	a. Lavar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	b. Planchar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	c. Cocinar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	d. hacer limpieza y mantenimiento de la vivienda	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	e. Cuidar niños más pequeños	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	f. Cuidar personas enfermas o discapacitadas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	g. Traer agua	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	h. Hacer mandados y/o mercado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	i. Otro, ¿cuál? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
703	En total ¿cuántas horas dedicó _____ a esos oficios la SEMANA PASADA?	_ _ _ _ horas (Si es menos de una hora escriba cero)		
704	¿A _____ le pagaron por hacer estos oficios?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 705a	
705	¿Cuánto le pagaron (semanalmente)?	\$ _ _ _ _ . _ _ _ _ _		
705 a	☞Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene entre 5 y 9 años?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 800	
706	¿_____ trabajó, colaboró o le ayudó a alguien en su trabajo la SEMANA PASADA (excluya los oficios del hogar ya mencionados)?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 901	
707	¿Cuántas horas, de la semana pasada?	_ _ _ _ horas/semana		
708	¿A quién le colaboró o ayudó _____ la SEMANA PASADA?			
	A los padres u otras personas del hogar	1 <input type="checkbox"/>	A un particular, persona que no es de la familia	3 <input type="checkbox"/>
	A un familiar que no es del hogar	2 <input type="checkbox"/>	Es independiente (Trabaja por su cuenta)	4 <input type="checkbox"/>
709	¿Cuál es el oficio que desempeña _____?			
710	¿Cuánto recibe _____ SEMANALMENTE por ayudar o hacer ese trabajo?	\$ _ _ _ _ . _ _ _ _ _ No recibe nada 2 <input type="checkbox"/>		

VIII. FUERZA DE TRABAJO

800	☞Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene 10 años o más?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 901
801	(L) ¿La SEMANA PASADA _____?	
	Trabajó por lo menos UNA hora en una actividad que le generó algún ingreso 1 <input type="checkbox"/>	Trabajó por lo menos UNA HORA y buscó trabajo 4 <input type="checkbox"/>
	Trabajó como ayudante familiar sin que le pagaran por lo menos UNA hora 2 <input type="checkbox"/>	Es incapacitado permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/> → 901
	No trabajó pero tenía un empleo o trabajo por el que recibe ingresos 3 <input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores 6 <input type="checkbox"/> → 809

A. POBLACIÓN OCUPADA

802	(L) En ese trabajo ... es:	
	Jornalero, o trabajador por días 1 <input type="checkbox"/>	Trabajador familiar sin remuneración 4 <input type="checkbox"/> → 808
	Empleado doméstico 2 <input type="checkbox"/>	Otro. ¿Cuál?: _____ 5 <input type="checkbox"/> → 808
	Trabajador por cuenta propia 3 <input type="checkbox"/> → 806	
803	El MES PASADO, ¿cuánto ganó ... en su empleo PRINCIPAL? (incluya propinas, comisiones y bonificaciones; excluya viáticos, horas extras y pagos en especie)	\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
804	(L) Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO _____ recibió como parte de su trabajo?	
	a. Alimentos <input type="checkbox"/>	d. Subsidios o bonos de alimentación, de transporte o subsidio familiar <input type="checkbox"/>
	b. Vivienda <input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores 1 <input type="checkbox"/> → 808
	c. Educación <input type="checkbox"/>	
805	¿Cuál es el valor estimado mensual de lo que recibió por estos pagos adicionales?	1 <input type="checkbox"/> \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ → 808
806	¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de _____ en esa actividad, negocio, profesión o finca el MES PASADO?	\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ No recibió 2 <input type="checkbox"/> → 808
807	(NL) ¿A cuántos meses corresponde lo que recibió _____?	_ _ _ Meses
808	¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente _____ en su trabajo o empleo PRINCIPAL?	_ _ _ Horas/semana → 901

B. POBLACIÓN DESOCUPADA

809	En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?	Si 1 <input type="checkbox"/> → 811 No 2 <input type="checkbox"/>
810	Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿_____ hizo alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 901
811	¿Si le hubiera resultado un trabajo a _____ estaba disponible la semana pasada para empezar a trabajar?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 901

812	¿Durante cuánto tiempo ha estado buscando trabajo?	a. __ __ años	b. __ __ Meses
------------	--	-----------------	------------------

IX. MIGRACIÓN

901	Durante los ÚLTIMOS 3 AÑOS, ¿_____ ha vivido por lo menos 6 meses en forma continua en otro municipio o en la zona urbana?				Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1000		
902	¿Cuántas veces?				__ veces		
903	904				905		906
	¿En dónde vivió?				Período		¿Cuál es el motivo de la migración?
Periodo	País ☞ <i>Entrevistador(a) si es diferente a Colombia → 905</i>	Municipio y departamento	Código DANE	En cabecera municipal?	Desde (MM-AA)	Hasta (MM-AA)	
1			_ _ _ _ _ _ _	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____
2			_ _ _ _ _ _ _	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____
3			_ _ _ _ _ _ _	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____
4			_ _ _ _ _ _ _	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____
5			_ _ _ _ _ _ _	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____

☞Entrevistador(a) una vez termine la entrevista, diligencie esta pregunta POR OBSERVACIÓN:														
1000	Use la PALETA DE COLORES (<u>tarjeta 5</u>), y asigne el código correspondiente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	Niño no visto	12 <input type="checkbox"/>
1001	☞ <i>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene 10 años o más?</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> → APLIQUE MÓDULO 5					No 2 <input type="checkbox"/> → TERMINE MÓDULO							

CÓDIGOS PREGUNTA 906

Trabajo	1
Estudio	2
Salud	3
Conflicto armado	4

Traslado del hogar	5
Regresó al hogar	6
Desastre natural	7
Otra, ¿cuál?	8