

Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM)

Honduras Encuesta de Hogares

 0%**Collection:** LOGIN**Contains:** DATSTAT_ALTPID

Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM)

Encuesta de Hogares

Sección 3: Mediciones físicas

Question: DATSTAT_ALTPID
Required

ID:

Collection: FRONTCOVER**Contains:** ID_INTERVIEWER_HH, ID_ANTHROPO_HH, ID_SUPERVISOR_HH

Información de la portada

Question: ID_INTERVIEWER_HH
Required

Código del entrevistador:

Question: ID_ANTHROPO_HH
Required

Código del encargado de mediciones físicas:

Question: ID_SUPERVISOR_HH
Required

Código del supervisor:

Collection: MODULE_3**Contains:** TODAY_DAY, TODAY_MON, TODAY_YR, KID_EXAM_CONSENT, KID_EXAM_WHYNOT, KID_DOB_DAY, KID_DOB_MON, KID_DOB_YR, DOCUMENTO, ALTITUD, KID_EXAM_DATE, KID_HT_CM_NUM, KID_HT_METHOD, KID_WT_KG, KID_REF_WASTING, KID_FP, KID_FP_WHYNOT, KID_HGB, KID_ANEMIA

Municipio:

Segmento:

Número del hogar:

ID del madre del niño:

CÓDIGO de ID:

Nombre: {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}

Edad: meses

Sexo: {UserData:SEX}

¿Cuál es la fecha de hoy?

Question: TODAY_DAY
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	
10	10	
11	11	
12	12	
13	13	
14	14	
15	15	
16	16	
17	17	
18	18	
19	19	
20	20	
21	21	
22	22	
23	23	
24	24	
25	25	
26	26	
27	27	
28	28	
29	29	
30	30	
31	31	



▶ Día:

-- Seleccione una opción -- ▼

Question: TODAY_MON
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enero	
2	Febrero	

3	Marzo	
4	Abril	
5	Mayo	
6	Junio	
7	Julio	
8	Agosto	
9	Septiembre	
10	Octubre	
11	Noviembre	
12	Diciembre	



▶ Mes:

-- Seleccione una opción -- ▼

Question: TODAY_YR**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
2017	2017	
2018	2018	



▶ Año:

-- Seleccione una opción -- ▼

Question: KID_EXAM_CONSENT**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



▶ Obtuvo el consentimiento de la madre/el padre o el cuidador principal para medir y pesar al niño (a la niña):

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: KID_EXAM_WHYNOT**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 0:[No])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Se negó	
2	Ausente	
3	Enfermo/a	
4	Otros	



▶ Si no se obtuvo el consentimiento, ¿por qué no?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Se negó
- ☐ Ausente
- ☐ Enfermo/a
- ☐ Otros

¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño?

Entrevistador: Verifique la fecha de nacimiento con un documento oficial.

Question: KID_DOB_DAY**Required****Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	
10	10	
11	11	
12	12	
13	13	
14	14	
15	15	
16	16	
17	17	
18	18	
19	19	
20	20	
21	21	
22	22	
23	23	
24	24	
25	25	
26	26	
27	27	
28	28	
29	29	
30	30	
31	31	



▶ Día:

-- Seleccione una opción -- ▼

Question: KID_DOB_MON**Required****Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enero	
2	Febrero	
3	Marzo	
4	Abril	
5	Mayo	
6	Junio	
7	Julio	
8	Agosto	
9	Septiembre	
10	Octubre	
11	Noviembre	
12	Diciembre	



▶ Mes:

-- Seleccione una opción -- ▼

Question: KID_DOB_YR

Required

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
2012	2012	
2013	2013	
2014	2014	
2015	2015	
2016	2016	
2017	2017	
2018	2018	



► Año:

-- Seleccione una opción -- ▼

Question: DOCUMENTO

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Carnet de vacunación	
2	Certificado o acta de nacimiento	
3	Certificado de bautismo	
4	Otro, especificar:	



► Documento oficial utilizado para verificar la fecha de nacimiento:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Carnet de vacunación
☐ Certificado o acta de nacimiento
☐ Certificado de bautismo
☐ Otro, especificar:

Question: ALTITUD

Required

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])



► Indique la altitud de esta localidad o segmento:

MSNM

Question: KID_EXAM_DATE

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])



► Registrar la fecha de medición:

(DD/MM/AAAA)

Question: KID_HT_CM_NUM

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])



► Estatura (en cms con un decimal)

INGRESE LA ESTATURA:

cm

Question: KID_HT_METHOD**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parada	
2	Acostada	



▶ Método

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Parada
- ☐ Acostada

Question: KID_WT_KG**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

▶ Peso (kgs con un decimal)

INGRESE EL PESO:

Entrevistador:

- Registre el peso en kilos y compare el peso contra la tabla de peso para su edad de acuerdo con el sexo.
- Si el niño tiene un peso bajo para la edad, remítalo al servicio de salud correspondiente.

 kg
Question: KID_REF_WASTING**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, remitido/a	
0	No	



▶ Remitido (bajo peso para la edad)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, remitido/a
- ☐ No

Question: KID_FP**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



▶ ¿Se tomó una muestra de sangre (pinchazo en el dedo)?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: KID_FP_WHYNOT**Show if:** (KID_FP = 0:[No])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La madre no dio su consentimiento	
2	Cantidad insuficiente de sangre	
3	No se pudo inyectar la aguja	
4	Otros	



► Si no se tomó una muestra de sangre, ¿por qué no?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ La madre no dio su consentimiento
☐ Cantidad insuficiente de sangre
☐ No se pudo inyectar la aguja
☐ Otros

Question: KID_HGB**Show if:** (KID_FP = 1:[Sí])

► Concentración de hemoglobina (g/dL con un decimal)

INGRESE LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA (g/dL con un decimal):

Entrevistador:

- Si la concentración de hemoglobina es inferior al límite inferior, o mayor que el límite superior de las tablas de referencia ajustadas por altitud, el niño debe ser referido a los servicios de salud.

- Explique: El resultado muestra un nivel de hemoglobina bajo en la sangre de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}. Esto significa que tiene anemia, que es un problema de salud grave. Le recomendamos que informe a su médico o al centro de salud más cercano acerca de esta condición. ¿Nos autoriza a enviar esta información sobre el nivel de hemoglobina de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} al Equipo de Salud Comunitaria de su área?

Question: KID_ANEMIA**Show if:** (KID_FP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, remitido/a	
0	No	



► Remitido (por anemia)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, remitido/a
☐ No

Collection: INTERVIEWER_NOTES**Contains:** C_COMMENT_MOD3

Notas del entrevistador

Question: C_COMMENT_MOD3

► Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección.

NO incluya ningún dato (nombre, fecha de nacimiento) que permita identificar a los participantes.



FIN DE LA SECCIÓN 3.

Ha llegado al final de la encuesta.

Haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. No podrá volver a revisar las opciones luego de que haga clic en el botón "enviar".

Si cree que ha llegado a esta página por error, haga clic en el botón "anterior" y revise sus respuestas según sea necesario.

Gracias por el tiempo que nos ha dedicado el día de hoy.

Powered by DatStat