

Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM)
Nicaragua
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



▶ 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, KID_REF_WASTING, KID_FP, KID_FP_WHYNOT, KID_HGB, KID_ANEMIA

Municipio:

Segmento:

Número del hogar:

ID del madre del niño: {UserData:ID_MOTHER}

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:

Question: TODAY_YR**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
2017	2017	
2018	2018	



► Año:

Question: KID_EXAM_CONSENT

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



► 1. 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	



► 2. 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:

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:

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:

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

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



▶ 4. Documento oficial utilizado para verificar la fecha de nacimiento:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Question: ALTITUD**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])

▶ 5. Registrar la fecha de medición:

 (DD/MM/AAAA)
Question: KID_HT_CM_NUM**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

▶ 6. Estatura (cm)

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	



7. Método

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Parada
- ☐ Acostada

Peso (kg)

INGRESE EL PESO:

Entrevistador:

- Registre el peso en kilos y compare el peso contra la tabla de peso para su tala de acuerdo con el sexo.

- Si el niño tiene un peso bajo para la talla, remítalo al servicio de salud correspondiente.

Question: KID_WT

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Libras	
2	Gramos	
3	Kilogramos	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



Peso:

- ☐ Libras
- ☐ Gramos
- ☐ Kilogramos
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: KID_REF_WASTING

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

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



9. Remitido (bajo peso para la talla)

(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	



▶ 10. ¿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	



▶ 11. 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])



▶ 14. Concentración de hemoglobina (g/dL)

INGRESE LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA (g/dL):

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	



▶ 15. 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. Para respetar la confidencialidad, no incluya en los comentarios ningún nombre de miembros del hogar, direcciones o fechas de nacimiento.

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