



ENCUESTA LONGITUDINAL SOBRE DINÁMICA DE LOS HOGARES COLOMBIANOS

Confidencialidad: los datos suministrados a la Universidad de los Andes son confidenciales y sólo serán utilizados con fines estadísticos y académicos

FORMULARIO 2. HOGARES RURALES - 2016

MÓDULO 5. JÓVENES (PERSONAS SEGUIMIENTO DE 10 A 16 AÑOS)

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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		b. No. del formulario 1. Módulo 1. <input type="text"/> <input type="text"/>
2	✎ Entrevistador(a) transcriba del Módulo de Hogar, preguntas 202, 201, 209 y 210 el nombre (nombre y apellidos), número de orden, edad y sexo de la persona a quien corresponde este módulo		
	a. Nombre del entrevistado(a) _____	b. No. de orden <input type="text"/> <input type="text"/>	
	c. Edad en años cumplidos: <input type="text"/> <input type="text"/>	d. Sexo: Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL PERSONAL DE RECOLECCIÓN Y TÉCNICAS DE SUPERVISIÓN

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

I. ACTITUDES

	(L) Voy a leerte algunas afirmaciones para que tu me digas si estás totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo: 👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 12				
	Afirmación	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
101	a. Ver peleas entre compañeros es divertido.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	b. Si no se puede por las buenas toca por las malas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	c. El que me la hace me la paga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	d. Es divertido cuando se burlan de alguien que te cae mal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
102	¿Evitas pasar por algunos lugares de tu vereda (por ejemplo caminos, bosques, potreros, etc.) por miedo a ser atacado por alguien?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
103	¿Has dejado de ir a tu colegio por miedo a ser atacado por alguien? 👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 13		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NA, No ha estudiado 3 <input type="checkbox"/>
	(L) ¿Alguna vez has participado en actividades de alguna de las siguientes organizaciones, clubes o grupos? 👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 14				
	Organización	Sí, he hecho esto en los últimos 12 meses	Sí, he hecho esto pero hace más de un año	No, nunca he hecho esto	
104	a. Una organización ambiental	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	b. Una organización de derechos humanos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	c. Una organización juvenil afiliada a un sindicato o partido político	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	d. Un grupo voluntario que haga algo para ayudar a la comunidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	e. Una organización cultural étnica (por ejemplo de afrocolombianos o indígenas)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	f. Una organización que recolecte dinero para una causa social	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	g. Un grupo u organización religiosa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	h. Un grupo u organización cultural (como teatro, música, periódico, emisora, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	i. Un grupo u organización deportiva (equipos, barras, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
105	(L) Las PANDILLAS son grupos de jóvenes que generalmente tienen un territorio, un nombre y símbolos que las distinguen. A veces se reúnen para consumir droga o para realizar peleas, actos de vandalismo o robos. 👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 13				
	a. ¿Hay pandillas en tu VEREDA?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No sé 3 <input type="checkbox"/>	
	b. ¿Alguno(a) de tus compañeros de curso pertenece a pandillas?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No sé 3 <input type="checkbox"/>	NA, No estudia 4 <input type="checkbox"/>
	c. ¿Alguna vez has pertenecido a alguna pandilla?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No Responde 3 <input type="checkbox"/>	

II. HABITOS DE CONSUMO

201	¿Alguna vez has probado fumar cigarrillos aunque sea un cigarrillo entero o una parte de un cigarrillo? 👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 15. Aplica para todo el capítulo	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>	→ 204
202	¿Qué edad tenías cuando probaste el cigarrillo por primera vez?	__ __ años			

203	¿Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS has fumado cigarrillo?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
204	¿Alguno(a) de tus mejores amigos(as) fuma cigarrillo?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	
205	¿Alguna de las personas con las que vives fuma cigarrillo?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	
206	¿Alguna vez has probado una bebida alcohólica (como cerveza, chicha, guarapo, vino, aguardiente o licor)?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 209	
207	¿Qué edad tenías la primera vez que lo hiciste?	_ _ años		
208	(L) Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, en promedio, ¿con qué frecuencia consumiste alcohol?			
	No consumiste alcohol los últimos 12 meses	1 <input type="checkbox"/>	Varias veces por semana	5 <input type="checkbox"/>
	2 a 4 veces al año	2 <input type="checkbox"/>	Casi todos los días	6 <input type="checkbox"/>
	Una vez al mes	3 <input type="checkbox"/>	Todos los días	7 <input type="checkbox"/>
	Una vez por semana	4 <input type="checkbox"/>	Una vez al año	8 <input type="checkbox"/>
209	¿Alguno de tus mejores amigos(as) consume algún tipo de bebida alcohólica?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	
210	Durante EL ÚLTIMO MES, ¿alguno de tus mejores amigos (as) tuvo una borrachera con algún tipo de bebida alcohólica?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	
211	¿Alguna de las personas con quien vives consume habitualmente (al menos una vez a la semana o con más frecuencia) algún tipo de bebida alcohólica?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	

III. COMPORTAMIENTO Y PLANES

301	(L) Voy a leerte algunos eventos para que me digas con qué frecuencia te suceden: Siempre, Casi siempre, pocas veces o nunca. ...¿Con qué frecuencia tus padres o acudientes ...? Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 16					
	Evento	Siempre	Casi siempre	Pocas veces	Nunca	No aplica
	a. Saben dónde estás cuando sales de la casa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	b. Saben con qué amigos sales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	c. Saben cómo te va en el colegio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	d. Saben lo que haces cuando no estás con ellos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	e. Conocen a tus amigos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
f. Saben lo que haces por Internet.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
302	(L) ¿Entre semana comes en la noche ...? Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 16					
		Siempre	Casi siempre	Pocas veces	Nunca	No aplica
	a. Sólo(a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	b. Con tu mamá	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	c. Con tu papá	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	d. Con algún hermano(a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	e. Con otro familiar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f. Con amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		

	g. Con la empleada	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	h. Fuera de la casa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
303	(L) Entre lunes y jueves, ¿Cuántas veces estás por fuera de tu casa después de las 8 p.m.?					
	3 o 4 noches a la semana	1 <input type="checkbox"/>	1 o 2 noches al mes		4 <input type="checkbox"/>	
	2 noches a la semana	2 <input type="checkbox"/>	Nunca		5 <input type="checkbox"/>	
	1 noche a la semana	3 <input type="checkbox"/>				
304	(L) A continuación te leeré una lista de eventos que pueden sucederte en el futuro. Por favor, para cada uno de ellos indícame, ¿a qué edad crees que sucederá por primera vez en tu vida? Si crees que no sucederá dices "Nunca". Si alguno de estos eventos ya ha sucedido, por favor indícame la edad a la cual pasó. 👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 17					
		Evento	1. SUCEDERÁ CUANDO TENGAS...	2. SUCEDIÓ CUANDO TENÍAS...	3. NUNCA	
	a.	Irte de la casa o dejar de vivir con tus padres	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
	b.	Casarte o irte a vivir con tu pareja	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
	c.	Tener tu primer hijo	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
	d.	Terminar tus estudios de bachillerato	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
	e.	Ingresar a estudiar una carrera profesional	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
	f.	Terminar una carrera profesional	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
	g.	Conseguir un trabajo estable	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
	h.	Crear tu propio negocio	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
	i.	Comprar una casa propia	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
	j.	Comprar un carro	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>	
305	¿Cuántos años CREEES que vas a vivir?	1 <input type="checkbox"/> _ _ _ _ años		2 <input type="checkbox"/> No se		
306	¿Cuántos años QUISIERAS vivir?	1 <input type="checkbox"/> _ _ _ _ años		2 <input type="checkbox"/> No se		

IV. USO DEL TIEMPO

401	Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿cuántos días fuiste físicamente activo por lo menos durante 60 minutos diarios? 👉Entrevistador(a) lea al entrevistado(a): Piensa en todo el tiempo que estuviste haciendo actividades que incrementaran los latidos de tu corazón y que te hicieran respirar fuerte.	0 <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"/> (días)					
402	A continuación voy a leerte una serie de actividades, y también voy a leerte una escala de tiempos, para que me indiques, ¿qué tanto tiempo dedicas a cada una de ellas en un día normal? (L) En un día normal entre semana (lunes a viernes.) ¿cuánto tiempo le dedicas fuera del colegio a ...? 👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 18						
		Actividad	Nada	Menos de 1 hora	Entre 1 y menos de 2 horas	Entre 2 y 4 horas	Más de 4 horas
	a.	Ver televisión, películas o videos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	b.	Usar el computador o internet por diversión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	c.	Pasar tiempo con tus padres: conversar, actividades de recreación, o ayuda con tareas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	d. Jugar con tus hermanos, hermanas o amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	e. Hablar, chatear o jugar con el celular	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	f. Realizar alguna tarea u oficio en tu casa (por ejemplo, lavar la loza, lavar la ropa, cuidar a tus hermanos o hermanas, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	g. Hacer deporte o ejercicio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	h. Leer por gusto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	i. Hacer las tareas del colegio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	j. Jugar con video juegos (por ejemplo, PlayStation®, PSP®, GameCube®, Xbox®, Wii®)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	k. Participar en un grupo u organización infantil o juvenil (por ejemplo, exploradores o grupo de la iglesia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
403	(L) En un día normal en fin de semana (sábado, domingo o festivos), ¿cuánto tiempo le dedicas fuera del colegio a ...?						
	👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 18						
		Actividad	Nada	Menos de 1 hora	Entre 1 y menos de 2 horas	Entre 2 y 4 horas	Más de 4 horas
		a. Ver televisión, películas o videos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		b. Usar el computador o internet por diversión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		c. Pasar tiempo con tus padres: conversar, actividades de recreación o ayuda con tareas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		d. Jugar con tus hermanos, hermanas o amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		e. Hablar, chatear o jugar con el celular	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		f. Realizar alguna tarea u oficio en tu casa (por ejemplo, lavar la loza, lavar la ropa, cuidar a tus hermanos o hermanas, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		g. Hacer deporte o ejercicio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		h. Leer por gusto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		i. Hacer las tareas del colegio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	j. Jugar con video juegos (por ejemplo, PlayStation®, PSP®, GameCube®, Xbox®, Wii®)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	k. Participar en un grupo u organización infantil o juvenil (por ejemplo, exploradores o grupo de la iglesia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

V. EXPECTATIVAS DE MIGRACIÓN

501	En el futuro, ¿quieres vivir en otro municipio?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 601
502	(NL) ¿Por qué razón(es)?		
	a. Estudio <input type="checkbox"/>	d. Condiciones de seguridad <input type="checkbox"/>	
	b. Trabajo <input type="checkbox"/>	e. Motivos familiares <input type="checkbox"/>	
	c. Salud <input type="checkbox"/>	f. Otro. ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>	

VI. FECUNDIDAD

Entrevistador(a) los jóvenes de seguimiento que responden este capítulo deben tener total privacidad

601	a. Entrevistador(a) revise pregunta 2d. ¿La persona es una mujer?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 613
	b. Entrevistador(a) revise pregunta 2c. ¿Tiene entre 15 años o más?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 701
	c. Entrevistador(a) ¿se cuenta con las condiciones adecuadas para que la entrevistada responda este capítulo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Concerté nueva visita. Si no hay condiciones apropiadas, deje este capítulo pendiente y acuerde con la entrevistada cuándo puede visitar nuevamente el hogar para hacer estas preguntas en privado.	
	Entrevistador(a) lea a la entrevistada el siguiente texto: En este capítulo vamos a formularle algunas preguntas sobre fecundidad y embarazos, es posible que ninguna de ellas aplique para ti, pero de todas maneras debemos formulártelas. Si en algún momento te sientes incómoda o tienes alguna pregunta al respecto por favor no dudes en decírmelo.		
602	Durante tu vida, ¿_____ has tenido algún hijo(a) nacido vivo(a)?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 608
603	¿Cuántos hijos(as) nacidos(as) vivos tienes, o has tenido_____?	a. Hombres __ __	b. Mujeres __ __
604	Entrevistador(a), revise pregunta 603, ¿contestó opción a?	Si 1 <input type="checkbox"/> ↓	No 2 <input type="checkbox"/> → 606
605	¿En qué fecha nacieron tus hijos? (a. Mes b. Año)	1. Mes: __ __ 2. Mes: __ __ 3. Mes: __ __ 4. Mes: __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __	
606	Entrevistador(a), revise pregunta 603, ¿contestó opción b?	Si 1 <input type="checkbox"/> ↓	No 2 <input type="checkbox"/> → 608
607	¿En qué fecha nacieron tus hijas? (a. Mes b. Año)	1. Mes: __ __ 2. Mes: __ __ 3. Mes: __ __ 4. Mes: __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __	
608	¿_____ estás embarazada actualmente?	Si 1 <input type="checkbox"/> ¿en qué semana de embarazo está? __ __	No 2 <input type="checkbox"/> → 701
609	En este embarazo, ¿_____ has asistido a control de embarazo o control prenatal?	Si 1 <input type="checkbox"/> → ¿a cuántos? __ __	No 2 <input type="checkbox"/>
610	Durante este embarazo, ¿_____ has consumido vitaminas prenatales o micronutrientes?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 612
611	(NL) ¿Cómo las adquiriste?		
	a. Los recibiste de la EPS o IPS a la que asistes <input type="checkbox"/>	d. Los recibiste de un Programa de una ONG o empresa privada <input type="checkbox"/>	
	b. Los recibiste de un Programa de la Alcaldía o la Gobernación <input type="checkbox"/>	e. Los adquiriste por cuenta propia <input type="checkbox"/>	
	c. Los recibiste de un Programa del ICBF <input type="checkbox"/>	f. Otra. ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>	
612	(L) Durante este embarazo, ¿_____ has participado en alguna de las siguientes actividades de preparación física y mental para el parto?		
	a. Curso psicoprofiláctico <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	d. Programa FAMI del ICBF <input type="checkbox"/>
	b. Gimnasia prenatal <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	e. Otro programa para la madre gestante. ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>
	c. Yoga, relajación, ejercicios de respiración <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	

613	a. Entrevistador(a) revise pregunta 2d. ¿La persona es una mujer?	Si 1 <input type="checkbox"/> → 701	No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Entrevistador(a) revise pregunta 2c. ¿Tiene entre 15 años o más?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 701
	c. Entrevistador(a) ¿se cuenta con las condiciones adecuadas para que el entrevistado responda este capítulo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Concerté nueva visita. Si no hay condiciones apropiadas, deje este capítulo pendiente y acuerde con el entrevistado cuándo puede visitar nuevamente el hogar para hacer estas preguntas en privado.	
	Entrevistador(a) lea al entrevistado el siguiente texto: En este capítulo vamos a formularle algunas preguntas sobre fecundidad, es posible que ninguna de ellas aplique para ti, pero de todas maneras debemos formularlas. Si en algún momento te sientes incómodo o tienes alguna pregunta al respecto por favor no dudes en decírmelo.		
614	Durante tu vida, ¿ _____ has tenido algún hijo(a) nacido vivo(a)?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 620
615	¿Cuántos hijos(as) nacidos(as) vivos tienes, o has tenido _____?	a. Hombres __ __	b. Mujeres __ __
616	Entrevistador(a), revise pregunta 613, ¿contestó opción a?	Si 1 <input type="checkbox"/> ↓	No 2 <input type="checkbox"/> → 618
617	¿En qué fecha nacieron tus hijos? (a. Mes b. Año)	1. Mes: __ __ 2. Mes: __ __ 3. Mes: __ __ 4. Mes: __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __	
618	Entrevistador(a), revise pregunta 613, ¿contestó opción b?	Si 1 <input type="checkbox"/> ↓	No 2 <input type="checkbox"/> → 620
619	¿En qué fecha nacieron tus hijas? (a. Mes b. Año)	1. Mes: __ __ 2. Mes: __ __ 3. Mes: __ __ 4. Mes: __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __ Año: __ __ __ __	
620	¿Tú o una pareja tuya están actualmente en embarazo?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>

VII. DIRECTORIO DE CONTACTO

701. Por favor, ¿me puede dar los datos de familiares o amigos para poder contactarlo en el futuro?								
a. Apellidos	b. Nombres	c. Parentesco	d. Departamento y municipio	e. Teléfonos		f. Correo electrónico Si no tiene registre NT	h. ¿Tiene otra persona de contacto?	
				1.Fijo	2.Celular		No ↓	Si →
1.			_ _ _ _ _ _ _	_____ NT 2 <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____	_____ _____ NT 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> Termine	1 <input type="checkbox"/>
2.			_ _ _ _ _ _ _	_____ NT 2 <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____	_____ _____ NT 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> Termine	1 <input type="checkbox"/>
3.			_ _ _ _ _ _ _	_____ NT 2 <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____	_____ _____ NT 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> Termine	1 <input type="checkbox"/>