



**I. DATOS DE LOS PADRES**

<b>101</b>	¿El padre de _____ vive en este hogar?	Si 1 <input type="checkbox"/> → No. orden (pregunta 201 Módulo Hogar)   ____   ____   → <b>105</b> No 2 <input type="checkbox"/> Ya falleció 3 <input type="checkbox"/>
<b>102</b>	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"/>
<b>103</b>	<b>(NL)</b> ¿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"/>
<b>104</b>	<b>(L)</b> En el último trabajo que el padre de _____ desempeñó o desempeña ahora, 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"/>	
<b>105</b>	¿La madre de _____ vive en este hogar?	Si 1 <input type="checkbox"/> → No. orden (pregunta 201 Módulo Hogar)   ____   ____   → <b>109</b> No 2 <input type="checkbox"/> Ya falleció 3 <input type="checkbox"/>
<b>106</b>	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"/>
<b>107</b>	<b>(NL)</b> ¿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 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"/>	
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"/>
110	<i>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene entre 0 y 71 meses (0 a 5 años)?</i>	
		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 4 <input type="checkbox"/>	
	Hogares infantiles del ICBF 2 <input type="checkbox"/>	Guardería, jardín o preescolar privado 5 <input type="checkbox"/>	
	Jardines comunitarios del ICBF 3 <input type="checkbox"/>	Escuela o colegio (oficial o privado) 6 <input type="checkbox"/> → 217	
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 4 <input type="checkbox"/>	
	Bueno 2 <input type="checkbox"/>	Muy malo 5 <input type="checkbox"/>	
	Regular 3 <input type="checkbox"/>		
205	(L) La alimentación que actualmente recibe _____ en el centro al que asiste es...		
	Muy buena 1 <input type="checkbox"/>	Mala 4 <input type="checkbox"/>	
	Buena 2 <input type="checkbox"/>	Muy mala 5 <input type="checkbox"/>	
	Regular 3 <input type="checkbox"/>	No consume alimentos en el centro al que asiste 6 <input type="checkbox"/>	
<b>Entrevistador(a), para cualquier respuesta pase a → 207</b>			

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"/>	<b>Entrevistador(a), para cualquier respuesta pase a → 209</b>
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? <b>Entrevistador(a) transcriba número de orden de padre, madre o persona que cuida al menor, de la pregunta 201 del Módulo de Hogar.</b>	a. Número de orden _____         b. El padre o madre que lo cuida no vive en el hogar <input type="checkbox"/> <b>Entrevistador(a), para cualquier respuesta pase a → 215</b>
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? <b>Entrevistador(a) transcriba número de orden de padre, madre o persona que cuida al menor, de la pregunta 201 del Módulo de Hogar.</b>	a. Número de orden _____         b. El padre o madre que lo cuida no vive en el hogar <input type="checkbox"/> <b>Entrevistador(a), para cualquier respuesta pase a → 215</b>
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

<b>214</b>	<b>(L) ¿Cuál es el nivel educativo de la persona que cuida a _____?</b>							
	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"/>						
<b>215</b>	Normalmente, ¿cuántas horas AL DÍA permanece _____ bajo este tipo de cuidado (o sólo)?		_ _ _ _  horas/día					
<b>216</b>	<b>(L) Si pudiera escoger libremente y sin restricciones el tipo de cuidado para _____, ¿cuál de los siguientes preferiría usted?</b>							
	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"/>						
<b>217</b>	Principalmente quién.....y. con qué frecuencia....							
	Actividad	Nadie	La madre	El padre	Otro miembro del hogar	Una persona que no pertenece al hogar		
			2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	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"/>
	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"/>
			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	El padre 3	Otro miembro del hogar 4	Una persona que no pertenece al hogar 5	
d. Juega con _____ fuera de la casa	1	Todos los días 1	Todos los días 1	Todos los días 1	Todos los días 1	
		2 ó 3 veces a la semana 2	2 ó 3 veces a la semana 2	2 ó 3 veces a la semana 2	2 ó 3 veces a la semana 2	
		Una vez a la semana 3	Una vez a la semana 3	Una vez a la semana 3	Una vez a la semana 3	
		Cada 15 días 4	Cada 15 días 4	Cada 15 días 4	Cada 15 días 4	
		Una vez al mes 5	Una vez al mes 5	Una vez al mes 5	Una vez al mes 5	
		De vez en cuando 6	De vez en cuando 6	De vez en cuando 6	De vez en cuando 6	
e. Ve televisión con _____	1	Todos los días 1	Todos los días 1	Todos los días 1	Todos los días 1	
		2 ó 3 veces a la semana 2	2 ó 3 veces a la semana 2	2 ó 3 veces a la semana 2	2 ó 3 veces a la semana 2	
		Una vez a la semana 3	Una vez a la semana 3	Una vez a la semana 3	Una vez a la semana 3	
		Cada 15 días 4	Cada 15 días 4	Cada 15 días 4	Cada 15 días 4	
		Una vez al mes 5	Una vez al mes 5	Una vez al mes 5	Una vez al mes 5	
		De vez en cuando 6	De vez en cuando 6	De vez en cuando 6	De vez en cuando 6	
f. Le enseña letras, números o colores a _____	1	Todos los días 1	Todos los días 1	Todos los días 1	Todos los días 1	
		2 ó 3 veces a la semana 2	2 ó 3 veces a la semana 2	2 ó 3 veces a la semana 2	2 ó 3 veces a la semana 2	
		Una vez a la semana 3	Una vez a la semana 3	Una vez a la semana 3	Una vez a la semana 3	
		Cada 15 días 4	Cada 15 días 4	Cada 15 días 4	Cada 15 días 4	
		Una vez al mes 5	Una vez al mes 5	Una vez al mes 5	Una vez al mes 5	
		De vez en cuando 6	De vez en cuando 6	De vez en cuando 6	De vez en cuando 6	
218	<b>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 24 y 71 meses (2 a 5 años)?</b>			Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 220		

	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 o Nunca <b>👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 4</b>				
<b>219</b>	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"/>
<b>220</b>	<b>👉Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 12 y 71 meses (1 a 5 años)?</b>		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → <b>301</b>		
	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 o Nunca <b>👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 4</b>				
<b>221</b>	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

<b>301</b>	¿_____ tiene carné de vacunación?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → <b>303</b>						
<b>302</b>	¿Me permite verlo?	Visto 1 <input type="checkbox"/> No visto 2 <input type="checkbox"/>						
<b>303</b>	<b>👉Entrevistador(a) pregunte por cada una de las vacunas, si es posible confirme la información en el carné de vacunación.</b>	No sabe	No	Si	(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"/> →	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	3 <input type="checkbox"/> ↓	2 <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"/>	

gotas de polio)?			1 <input type="checkbox"/> →	3. Tercera dosis (6 meses)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
				Después de registrar dosis → <b>f</b>			
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	☛ <b>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 0 y 71 meses (0 a 5 años)?</b>	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	☛ <b>Entrevistador(a) el dato del peso fue:</b>	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	☛ <b>Entrevistador(a) revise pregunta 406, opción 2 ¿_____ dejó de lactar antes de un año?</b>	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"/>
	Por malas experiencias físicas ( dolor, enfermedad)	5 <input type="checkbox"/>		
<b>409 a</b>	¿La persona que está respondiendo este módulo es la madre biológica del niño?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → <b>419</b>
<b>410</b>	👤 <b>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 0 y 11 meses (menos de 1 año)?</b>		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → <b>415</b>
<b>411</b>	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"/>
<b>412</b>	Durante el embarazo de _____ ¿usted (la madre de _____ ) consumió vitaminas prenatales o micronutrientes?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → <b>414</b>
<b>413</b>	<b>(NL)</b> ¿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"/>		
<b>414</b>	<b>(L)</b> 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
	a. Curso psicoprofiláctico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Programa FAMI del ICBF
	b. Gimnasia prenatal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Otro programa para la madre gestante
	c. Yoga, relajación, ejercicios de respiración	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
<b>415</b>	👤 <b>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene entre 0 y 23 meses (menos de 2 años)?</b>		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → <b>419</b>
<b>416</b>	Durante el embarazo de _____ ¿la madre asistió a controles prenatales?		Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿A cuántos?   ____   ____	No 2 <input type="checkbox"/>
<b>417</b>	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 →	<b>418.</b> ¿De quién recibió la información?
	a. Cuidado personal del bebé (baño, uñas, pañal)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	a. De familiares o amigos
	b. Alimentación (lactancia materna, alimentación con biberón)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	b. De personal médico en la clínica donde dio a luz
	c. Estimulación temprana para el desarrollo (canto, ejercicios, masajes)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	c. Del pediatra que atiende/ía al recién nacido
	d. Salud del recién nacido (cuidado del ombligo, asolearlo, signos de alarma, riesgos en el hogar)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	d. Otro

**B. CONSUMO DE ALIMENTOS**

<b>419</b>	<b>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c, ¿el niño(a) tiene un año o más?</b>		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → <b>501</b>
<b>420</b>	(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"/>
<b>421</b>	<b>Entrevistador(a) revise pregunta 420 ¿respondió opciones 1, 2, 3 ó 4?</b>		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → <b>423</b>
<b>422</b>	(NL) ¿Cuál es la principal razón por la que _____ no consume frutas diariamente?			
	A _____ no le gustan la frutas	1 <input type="checkbox"/>	En el barrio/ciudad 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 consume 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"/>
<b>423</b>	(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"/>
<b>424</b>	<b>Entrevistador(a) revise pregunta 423 ¿respondió opciones 1, 2, 3 ó 4?</b>		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → <b>426</b>
<b>425</b>	(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 el barrio/ciudad 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 consume 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"/>
<b>426</b>	(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"/>
<b>427</b>	<b>Entrevistador(a) revise pregunta 426 ¿respondió opciones 1, 2, 3 ó 4?</b>		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → <b>429</b>
<b>428</b>	(NL) ¿Cuál es la principal razón por la que _____ no consume carne diariamente?			
	A _____ no le gustan las carnes	1 <input type="checkbox"/>	En el barrio/ciudad 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"/>
	El niño/a tiene problemas para masticarlas	4 <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	🗨️ <b>Entrevistador(a) revise pregunta 429 ¿respondió opciones 1, 2, 3 ó 4?</b>		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 el barrio/ciudad 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"/>
433	¿_____ 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?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 503		
502	(L) ¿_____ cuenta con afiliación o está cubierto porque	Es beneficiario de un miembro del hogar	1 <input type="checkbox"/> → ¿De quién? No. orden _____			
		Es beneficiario de una persona que no pertenece al hogar	2 <input type="checkbox"/>			
		Es afiliado a EPS subsidiada	3 <input type="checkbox"/>			
503	(L) En los ULTIMOS 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	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	d. Cirugía Ambulatoria	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	b. Accidente o lesión física	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	e. Complicaciones del embarazo, postparto o aborto (sólo para mujeres de 11 años y más)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	c. Problema odontológico	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	🗨️ <b>Entrevistador(a) si todos NO pase a →506</b>		
504	(L) ¿Qué hizo _____ principalmente para tratar estos eventos de salud?					
	Acudió a un hospital, clínica, centro de salud u otra institución de salud	1 <input type="checkbox"/> → 506	Consultó a un tegua, curandero, yerbatero, comadrona	5 <input type="checkbox"/>		

	Acudió a un médico general, especialista particular u odontólogo	2 <input type="checkbox"/> → 506	Usó remedios caseros	6 <input type="checkbox"/>
	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	3 <input type="checkbox"/> → 506	Lo auto recetó	7 <input type="checkbox"/>
	Acudió al boticario, farmaceuta, droguista	4 <input type="checkbox"/>	Nada	8 <input type="checkbox"/>
505	<b>(NL)</b> La razón principal por la que _____ no utilizó los servicios de un profesional de la salud es:			
	El caso era leve	1 <input type="checkbox"/>	Muchos trámites	9 <input type="checkbox"/>
	No tuvo tiempo	2 <input type="checkbox"/>	No sabe dónde prestan el servicio	10 <input type="checkbox"/>
	El centro de atención queda lejos	3 <input type="checkbox"/>	Horarios de consulta no le sirven	11 <input type="checkbox"/>
	Transporte muy costoso	4 <input type="checkbox"/>	Demora en la asignación de citas	12 <input type="checkbox"/>
	Servicio muy costoso	5 <input type="checkbox"/>	Demora en la atención en el sitio	13 <input type="checkbox"/>
	Servicio de mala calidad	6 <input type="checkbox"/>	No sabía que tenía derecho	14 <input type="checkbox"/>
	Lo llevó pero no lo atendieron	7 <input type="checkbox"/>	No está afiliado(a)	15 <input type="checkbox"/>
	No confía en médicos	8 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? _____	16 <input type="checkbox"/>
506	Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿_____ estuvo hospitalizado?		Si 1 <input type="checkbox"/> → ¿cuántas veces?  ____ ____	No 2 <input type="checkbox"/> → 508
507	<b>(L)</b> La última hospitalización en los ÚLTIMOS 12 MESES de _____ fue por:			
	Cirugía	1 <input type="checkbox"/>	Otro tipo de accidente	5 <input type="checkbox"/>
	Enfermedad	2 <input type="checkbox"/>	Herida con arma de fuego o corto punzante	6 <input type="checkbox"/>
	Accidente de tránsito	3 <input type="checkbox"/>	Complicaciones del embarazo, postparto o aborto <b>(sólo mujeres de 11 años y más)</b>	7 <input type="checkbox"/>
	Accidente casero	4 <input type="checkbox"/>	Otra causa: ¿Cuál?: _____	8 <input type="checkbox"/>
508	<b>(L)</b> 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"/>
		<b>👉Entrevistador(a), ¿el niño tiene más de 2 años?</b>	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"/>
		<b>👉Entrevistador(a), ¿el niño tiene más de 7 años?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> → 509
g.	Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía	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 se casó 9 <input type="checkbox"/>
	No quiere estudiar más	2 <input type="checkbox"/>	Por enfermedad 10 <input type="checkbox"/>
	Falta de dinero	3 <input type="checkbox"/>	Necesita educación especial 11 <input type="checkbox"/>
	Falta de cupos	4 <input type="checkbox"/>	Por causa del conflicto armado 12 <input type="checkbox"/>
	No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano	5 <input type="checkbox"/>	Por inseguridad en la calle (o en la zona) 13 <input type="checkbox"/>
	Necesita trabajar	6 <input type="checkbox"/>	Por desastre natural 14 <input type="checkbox"/>
	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 15 <input type="checkbox"/>
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	<i>(L) ¿En dónde y con quién permanece _____ durante la mayor parte del tiempo entre semana?</i>		
	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	

<b>607</b>	¿Quién lo cuida? 👉 <b>Entrevistador(a) transcriba número de orden de padre, madre o persona que cuida al menor, de la pregunta 201 del Módulo de Hogar.</b>	a. _____ Número de orden _____   _____   _____   b. El padre o madre que lo cuida no vive en el hogar <input type="checkbox"/> 👉 <b>Entrevistador(a) para cualquier respuesta pase a → 628</b>		
<b>608</b>	¿El establecimiento donde estudia _____ es oficial?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
<b>609</b>	(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"/>		
<b>610</b>	Actualmente, ¿En qué nivel está matriculado _____ y qué grado cursa?			
	Nivel educativo	Grado que cursa		
	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"/>		
<b>611</b>	👉 <b>Entrevistador(a) revise pregunta 610: ¿Está cursando Pre-escolar?</b>	Si 1 <input type="checkbox"/> → 613 No 2 <input type="checkbox"/>		
<b>612</b>	¿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 3 <input type="checkbox"/>		
<b>613</b>	(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"/>		
<b>614</b>	Durante el presente año escolar, ¿el hogar recibió crédito para el estudio de _____?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 616		
<b>615</b>	(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"/>		
<b>616</b>	(L) En el establecimiento donde estudia _____ :			
	Recibe	Si No		
	a. Refrigerios en forma gratuita o por un pago simbólico	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Recibe	Si No
	b. Desayuno 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"/>
	c. Almuerzo 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"/>
	d. Bonos para alimentación	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	g. Uniformes	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

617	<b>(NL)</b> 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	<b>(L)</b> ¿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"/>
619	<b>(L)</b> 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?		Sí 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?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
622	<b>(L)</b> ¿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
623	¿Quién cuida a?		a. _____	
	👉 <b>Entrevistador(a) transcriba número de orden de padre, madre o persona que cuida al menor, de la pregunta 201 del Módulo de Hogar.</b>		b. El padre o madre que lo cuida no vive en el hogar <input type="checkbox"/>	
	<b>Para cualquier respuesta pase a 628</b>			
624	<b>(L)</b> 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	👤 <b>Entrevistador(a) revise pregunta 604. ¿Respondió nunca ha estudiado?</b>	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? <i>Sin tener en cuenta los períodos de vacaciones</i>	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 calle	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"/>	

#### LABORES DE MENORES

700	👤 <b>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene 5 años o más?</b>	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"/>	
<b>703</b>	En total ¿cuántas horas dedicó _____ a esos oficios la SEMANA PASADA?	_ _ _  horas (Si es menos de una hora escriba cero)		
<b>704</b>	¿A _____ le pagaron por hacer estos oficios?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → <b>705a</b>	
<b>705</b>	¿Cuánto le pagaron (semanalmente)?	\$ _ _ _ _ .  _ _ _ _ _		
<b>705 a</b>	☛ <b>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene entre 5 y 9 años?</b>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → <b>800</b>	
<b>706</b>	¿ _____ 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"/> → <b>901</b>	
<b>707</b>	¿Cuántas horas, de la semana pasada?	_ _ _  horas/semana		
<b>708</b>	¿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"/>
<b>709</b>	¿Cuál es el oficio que desempeña _____?			
<b>710</b>	¿Cuánto recibe _____ SEMANALMENTE por ayudar o hacer ese trabajo?	1 <input type="checkbox"/>	\$ _ _ _ _ .  _ _ _ _ _	
		2 <input type="checkbox"/>	No recibe nada	

## VII. FUERZA DE TRABAJO

<b>800</b>	☛ <b>Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene 10 años o más?</b>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → <b>901</b>	
<b>801</b>	(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"/> → <b>901</b>
	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"/> → <b>809</b>

## A. POBLACIÓN OCUPADA

<b>802</b>	(L) En ese trabajo ... es:		
	Trabajador por días	1 <input type="checkbox"/>	Trabajador familiar sin remuneración

	Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 2	Otro. ¿Cuál?: _____ <input type="checkbox"/> 5 → 808
	Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 3 → 806	
<b>803</b>	El MES PASADO, ¿cuánto ganó ... en su empleo PRINCIPAL? (incluya propinas, comisiones y bonificaciones; excluya viáticos, horas extras y pagos en especie)	\$
<b>804</b>	(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 <input type="checkbox"/> 1 → 808
	c. Educación <input type="checkbox"/>	
<b>805</b>	Cuál es el valor estimado mensual de lo que recibió por estos pagos adicionales?	1 <input type="checkbox"/> \$                             → 808
<b>806</b>	¿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
<b>807</b>	(NL) ¿A cuántos meses corresponde lo que recibió ____?	Meses
<b>808</b>	¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente ____ en su trabajo o empleo PRINCIPAL?	Horas/semana → 901

#### B. POBLACIÓN DESOCUPADA

<b>809</b>	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"/>
<b>810</b>	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
<b>811</b>	¿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
<b>812</b>	¿Durante cuánto tiempo ha estado buscando trabajo?	a.         años      b.         Meses

#### VIII. MIGRACIÓN

<b>901</b>	Durante los ÚLTIMOS 3 AÑOS, ¿... ha vivido por lo menos 6 meses en forma continua en otro municipio o en la zona rural?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1000
<b>902</b>	¿Cuántas veces?	veces

903	904				905		906
Periodo	¿En dónde vivió?				Periodo		¿Cuál es el motivo de la migración?
	País ☞Entrevistador(a) ) si es diferente a Colombia ➔ 905	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, (Tarjeta 5) 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	☞Entrevistador(a) revise edad en pregunta 2.c (Control operativo), ¿el niño(a) tiene 10 años o más?	Si 1 <input type="checkbox"/> ➔ APLIQUE MÓDULO 5 No 2 <input type="checkbox"/> ➔ TERMINE MÓDULO

### CÓDIGOS DEL MÓDULO DE PERSONAS DE SEGUIMIENTO Y JEFE CÓNYUGE 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